

# TRABAJO FIN DE GRADO



## *REVISIÓN NARRATIVA*

Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple. Una perspectiva de género.

Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, multiple chemical sensitivity. A gender perspective.

Universidad Autónoma de Madrid – Facultad de Medicina

Departamento de Enfermería

Curso 2018-2019

**Autoría:**

Gemma Escobar Martínez

**Tutoría:**

Eva García Perea

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, me gustaría mostrar mi agradecimiento a mi tutora Eva quien me ha guiado en la elaboración de este proyecto. He de agradecer su implicación conmigo, así como con el presente trabajo, su cercanía, confianza y el apoyo constante que he recibido.

También quiero agradecer al personal de la Biblioteca de Medicina, en especial a María Candelas Gil Carballo, sus consejos para la realización de las búsquedas bibliográficas.

Por último, quisiera dar las gracias a mis padres por su incondicional apoyo; no solo en estos meses, sino siempre.

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

ACRÓNIMOS UTILIZADOS .....	4
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCIÓN .....	7
OBJETIVOS .....	19
JUSTIFICACIÓN .....	20
METODOLOGÍA .....	21
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	31
a) Perfil y características de hombres y mujeres que padecen fibromialgia, síndrome de fatiga crónica o sensibilidad química múltiple. ....	38
b) Procedimiento diagnóstico en fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple en hombres y mujeres.....	47
c) Diferencias en el manejo de los cuidados de enfermería en la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple entre hombres y mujeres.....	50
CONCLUSIONES.....	54
LIMITACIONES.....	55
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	55
BIBLIOGRAFÍA .....	56
ANEXOS .....	61
ANEXO 1: Criterios diagnósticos de la fibromialgia (ACR, 2010).....	61
ANEXO 2: Criterios diagnósticos síndrome de fatiga crónica (Fukuda, 1994).....	62

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Resumen del número de artículos seleccionados.....	23
Tabla 2. Búsqueda de artículos en la base de datos Pubmed.....	24
Tabla 3. Búsqueda de artículos en la base de datos Cinahl.....	25
Tabla 4. Búsqueda de artículos en la base de datos Cochrane Library.....	26
Tabla 5. Búsqueda de artículos en la base de datos PsycInfo.....	27
Tabla 6. Búsqueda de artículos en la base de datos Cuiden.....	28
Tabla 7. Búsqueda de artículos en la base de datos SciELO.....	29
Tabla 8. Datos de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.....	32

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Prevalencia por sexos FM, SFC y SQM.....	9
Figura 2. Localización de los puntos dolorosos de la FM.....	14
Figura 3. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.....	30

## **ACRÓNIMOS UTILIZADOS**

FM – Fibromialgia.

SFC / EM – Síndrome de Fatiga crónica / Encefalitis Miálgica.

SQM – Sensibilidad Química Múltiple.

ACR – Colegio Americano de Reumatología.

CDC – Centro de Control y Prevención de Enfermedades.

FIS – Fatigue Impact Scale.

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale.

IOM – Instituto de Medicina de los Estados Unidos.

OMS – Organización Mundial de la Salud.

QEESI - Quik Enviromental Exposure and Sensitivity Inventory.

SS-SCORE – Escala de Severidad de los Síntomas.

WPI – Índice de Dolor Generalizado.

## **RESUMEN**

**Título:** Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple. Una perspectiva de género. Revisión narrativa.

**Objetivo:** Analizar las diferencias de género en el diagnóstico de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión narrativa mediante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Cochrane Library, PsycInfo, Cuiden y SciELO. Se seleccionaron 19 artículos acordes al objetivo propuesto.

**Resultados:** Se ha identificado el perfil de los hombres y mujeres que padecen fibromialgia, síndrome de fatiga crónica o sensibilidad química múltiple. Seguidamente, se ha analizado el procedimiento diagnóstico de estos trastornos en ambos grupos. Por último, se han desarrollado las diferencias de género en los cuidados de enfermería que reciben estos pacientes.

**Conclusiones:** La fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple son trastornos prevalentemente femeninos etiquetados como “*enfermedades de mujeres*”. La influencia de los estereotipos de género condiciona una vivencia diferencial de la enfermedad entre hombres y mujeres. En relación con el procedimiento diagnóstico de estos trastornos, se reconoce la variable de género como un factor determinante. Si bien es cierto que no se aprecian diferencias de género en los cuidados de enfermería dirigidos a estos pacientes, sí estaría justificado el desarrollo de intervenciones psicosociales que incluyan el enfoque de género.

**Palabras clave:** *Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, epidemiología, diagnóstico, enfermería y género.*

## **ABSTRACT**

**Title:** Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, multiple chemical sensitivity. A gender perspective. Narrative review.

**Objective:** To analyze gender differences in the diagnosis of fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and multiple chemical sensitivity.

**Method:** A narrative review was carried out through bibliographic search in the databases Pubmed, Cinahl, Cochrane Library, PsycInfo, Cuiden and SciELO. Nineteen articles were selected according to the proposed objective.

**Results:** The profile of men and women who suffer from fibromyalgia, chronic fatigue syndrome or multiple chemical sensitivity has been identified. Immediately, the diagnostic procedure for these disorders has been analyzed in both groups. Finally, gender differences in nursing care received by these patients have been developed.

**Conclusions:** Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and multiple chemical sensitivity are predominantly female disorders that are labeled as "women's diseases". The influence of gender stereotypes conditions a differential experience of the disease between men and women. In relation to the diagnostic procedure of these disorders, the gender variable is recognized as a determining factor. Although it is true that there are no gender differences in nursing care aimed at these patients, the development of psychosocial interventions that include the gender approach would be justified.

**Keywords:** *Fibromyalgia, Fatigue Syndrome, Chronic, Multiple Chemical Sensitivity, epidemiology, diagnosis, nursing and gender.*

# **INTRODUCCIÓN**

## **1. CONTEXTUALIZACIÓN**

La fibromialgia (FM), el síndrome de fatiga crónica (SFC) y la sensibilidad química múltiple (SQM) son enfermedades prevalentemente femeninas. Se tratan de trastornos de carácter crónico y etiología desconocida con afectación multisistémica. Tienen como consecuencia un deterioro en el funcionamiento de la persona y afectación de la calidad de vida. (1,2,3)

La fibromialgia (FM) se trata de una enfermedad en la que el síntoma cardinal es el dolor musculoesquelético generalizado. Se caracteriza, además, por la coexistencia con otros síntomas como alteraciones del sueño, fatiga, ansiedad, depresión y alteraciones de las funciones intestinales. (1)(4)

El término FM es el último de los nombres empleados desde el siglo XIX para referirse a esta enfermedad. De esta forma, fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992, así como, por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor en 1994. (5)

Por su lado, el síndrome de fatiga crónica (SFC), también denominado encefalomiелitis miálgica (EM), es una patología compleja que se caracteriza por un cansancio profundo; se acompaña de una serie de síntomas similares a los citados de la FM. Fue reconocida y definida con este término en 1988 por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). La OMS lo clasifica como una enfermedad de tipo neurológico y de carácter multisistémico. (2)(6)

Finalmente, la sensibilidad química múltiple (SQM) se trata de un trastorno adquirido, caracterizado por la presencia de una alteración en la respuesta fisiológica ante multitud de agentes y componentes químicos que se encuentran en concentraciones no tóxicas para la población general. Los sistemas que se ven afectados con mayor frecuencia son el sistema nervioso central, el respiratorio y el gastrointestinal. En este caso no se encuentra reconocida por la OMS como una entidad nosológica. A pesar de esto, en España sí es reconocida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, incluyéndola en la Clasificación Internacional de Enfermedades. (3)(7)



## 1.1 Epidemiología

Según el estudio EPISER, publicado en 2019, el cual analiza la epidemiología de trastornos reumatológicos en España, la FM es una patología de elevada prevalencia. Se estima que afecta a un 2,45% de la población general. A pesar de no ser la más prevalente en nuestro país, sí presenta los niveles más elevados de deterioro de la calidad de vida, por su carácter potencialmente incapacitante. (8,9)

Haciendo referencia a la prevalencia por sexos, esta es mayor en mujeres (4,2%) que en hombres (0,2%). El pico de mayor prevalencia se encuentra en las mujeres del grupo etario de 40 a 49 años, a pesar de que puede presentarse en cualquier etapa de la vida. (9,10)

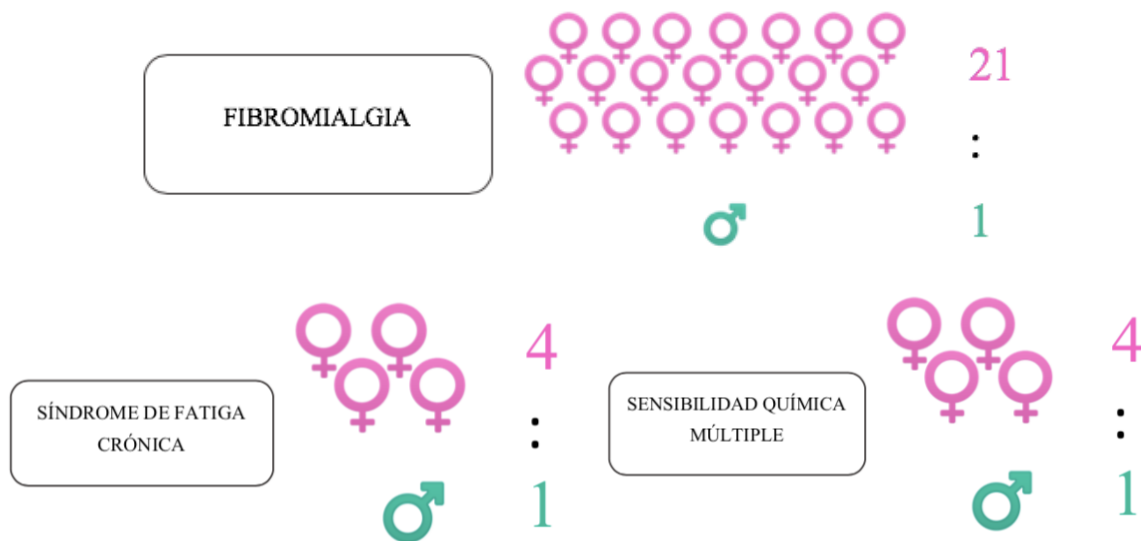
La prevalencia mundial del SFC varía entre 0,2-6,41%. Afecta mayoritariamente a adultos con edades comprendidas entre 20 y 40 años; a pesar de que, al igual que en el caso de la FM, este afecta a todos los grupos etarios. En España, se desconoce la prevalencia e incidencia real de esta enfermedad. En cuanto a la prevalencia por sexos, se trata de un síndrome de predominio femenino, con una ratio de 4:1 respecto a los hombres. (11)

El estudio de Nogué, publicado en 2011, estima la prevalencia de SQM en España entre un 0,02 y 0,04% de la población general. Este porcentaje aumenta hasta un 19% si se calcula en la población que presenta algún tipo de alergia. La edad media de los pacientes atendidos se encuentra entre los 40 y los 50 años, siendo las mujeres las afectadas con mayor frecuencia (entre un 55% y 100% con una media de 81,5%). (12)

De cualquier forma, se trata de un fenómeno en expansión. Se estima que el 15% de la población general presenta mecanismos de respuesta excesiva frente a ciertos estímulos ambientales y, en más de un 5% se trata de respuestas patológicas que desencadenan en manifestaciones de carácter crónico. (3)

Tanto la FM, el SFC como la SQM comparten la dificultad de estimar la prevalencia. Esto es consecuencia de la variabilidad de criterios que definen la enfermedad, y en el caso de la SQM, la diversidad de herramientas diagnósticas. A pesar de esto, es un hecho

que todos ellos son padecidos en su mayoría por mujeres, tal y como queda reflejado en la *figura 1*. (9) (11,12)



**Figura 1: Prevalencia por sexos FM, SFC Y SQM. Fuente: elaboración propia. (9) (11,12)**

## 1.2 Etiología

Se ha observado que existe comorbilidad entre la FM, el SFC y la SQM, lo que apunta a mecanismos fisiopatológicos comunes. A pesar de que estos no se conocen con exactitud, se encuentra como nexo común la sensibilización del sistema nervioso central. (3)

Las investigaciones sobre la posible etiología de la FM están centradas en la disfunción del sistema nervioso central, anormalidades en la función cerebral y en los estudios de neuroimagen, así como factores genéticos y ambientales que podrían estar envueltos en el desarrollo de la enfermedad. (13)

Diversos estudios han comprobado que en la FM existe un déficit de ciertos neurotransmisores como la serotonina, la dopamina o la noradrenalina. Las alteraciones en la cantidad de estos neurotransmisores del sistema nervioso central, da lugar a la presencia de dolor generalizado, así como trastornos del sueño, cansancio, alteraciones en el estado del ánimo o disfunción cognitiva. (10)(14)

El fenómeno de sensibilización central es el principal mecanismo que contribuye al desarrollo del dolor crónico. Este se caracteriza por la presencia de alodinia e hiperalgesia. En la alodinia se percibe como doloroso un estímulo que no debería provocar esta sensación. Por su lado, la hiperalgesia ocurre cuando un estímulo doloroso es percibido con mayor intensidad de lo que debería. Además, estudios de neuroimagen muestran alteraciones a nivel de activación cerebral que podrían conllevar una prolongación de la sensación dolorosa tras el estímulo nociceptivo. (13)

Aproximadamente un tercio de los pacientes con FM, tienen un familiar cercano, con frecuencia una mujer, que tiene historia de dolor crónico. Esto sugiere la implicación de los genes en la aparición y desarrollo de la enfermedad. (10)(13)

Diversos factores estresantes podrían desencadenar la aparición de las manifestaciones de fibromialgia, en especial si existe la predisposición genética antes mencionada. En estos factores se incluyen accidentes, cirugías o problemas de índole personal. De igual forma, estas condiciones podrían suponer una exacerbación de la sintomatología si la enfermedad ya estuviera presente. (13)(15)

En el caso del SFC, las hipótesis fisiopatológicas se centran en la presencia de desequilibrios en el sistema inmune, el sistema nervioso autónomo, así como alteraciones metabólicas. Acontecimientos vitales estresantes, infecciones recurrentes y deficiencias autoinmunitarias, están comúnmente asociadas al inicio de la enfermedad. (16)

La hipótesis relacionada con el sistema inmune apunta a una disfunción inmunológica; en concreto, a una alteración en la producción de citocinas como la interleucina 1, de carácter proinflamatorio. Por otro lado, es posible que el sistema nervioso central contribuya de forma decisiva en el desarrollo del SFC. Se ha observado en pacientes diagnosticados de este síndrome una hipoactivación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, produciéndose así disminución en la producción de cortisol y otras hormonas. Niveles reducidos de cortisol pueden provocar una activación inmunológica. Estas anomalías hormonales son compartidas con la FM. El virus Eipstein-Barr se relaciona con la etiología del SFC, sin embargo, no hay evidencia suficiente que apoye la relación entre este síndrome y el agente infeccioso. (2)

Acontecimientos vitales estresantes como el embarazo, el maltrato por parte de la pareja, trastornos de alimentación, accidentes de tráfico o problemas económicos

percibidos por los afectados, podrían estar relacionados con el inicio de la sintomatología en el SFC. (17)

De igual forma, la etiología de la SQM genera controversias. Algunos autores proponen un posible origen multifactorial en el que se ven envueltos mecanismos fisiológicos, moleculares y bioquímicos, en la pérdida de tolerancia a la exposición de múltiples productos químicos. Otros, apuntan a un origen psicológico o mixto. (3)(7)

Entre los mecanismos de tipo biológico, se encuentra la hipótesis genética que defiende la existencia de alteraciones congénitas en el metabolismo de sustancias químicas, generando toxicidad y como consecuencia, enfermedad. Se plantea la posibilidad de la presencia de disfunción en el sistema límbico, lo que podría dar lugar a una respuesta desmesurada por parte de nuestro organismo cuando el estímulo desencadenante alcanza el cerebro a través del sistema olfatorio. Profundizando en esta teoría, se llega a la hipótesis neurológica al observar zonas de hipoperfusión cerebral tras la exposición de sustancias tóxicas en pacientes con SQM. A partir de los estudios de Martín Pall, se comenzó a trabajar con la teoría del estrés oxidativo, al evidenciar la elevación de óxido nítrico y peroxinitritos tras la exposición a tóxicos. (3)

Ante la ausencia de base biológica, cobran importancia los factores psicológicos. Algunos estudios, basándose en la teoría de los reflejos condicionados de Pavlov, refieren que podría darse una respuesta condicionada ante ciertos estímulos que desencadenan la sintomatología. Parece existir un estado de alerta e hipervigilancia en las personas afectadas de SQM. Este alto nivel de ansiedad genera síntomas inespecíficos propios de la activación psicológica. (3)(18)

La SQM se relaciona con la exposición laboral, en ocasiones se asocia su inicio con un posible origen de este tipo. En los casos de origen no laboral, se encuentran menos comorbilidades e incapacidades permanentes. (3)

Los agentes etiológicos de la SQM se tratan de agentes químicos como pesticidas, disolventes orgánicos, humos, detergentes o productos de cosmética. También, agentes ambientales como la exposición solar, exposición a ondas eléctricas, magnéticas o sonoras podrían desencadenar los síntomas, bien por una exposición a altas dosis o por la exposición múltiple y repetida a concentraciones menores que las previamente toleradas. (3)(18)

### 1.3 Manifestaciones clínicas

La FM, el SFC y la SQM comparten síntomas como la fatiga, el dolor generalizado, las dificultades en la concentración y las alteraciones en la funcionalidad. A pesar de las similitudes mencionadas, presentan sintomatología específica que las define como entidades propias. (1)(3)(19)

La manifestación principal de la FM es dolor, rigidez y sensibilidad en músculos tendones y ligamentos sin presencia de inflamación. La clínica de esta enfermedad se caracteriza por una asociación de síntomas que conviven de forma conjunta al mismo tiempo. Es por esto que, en las personas afectadas el dolor se combina principalmente con fatiga, problemas de sueño, ansiedad o depresión. Además, pueden presentar parestesias, cefaleas, sensación de tumefacción en manos, problemas de concentración y memoria. (1)

La intensidad de estos síntomas fluctúa a lo largo del curso de la enfermedad. Algunos de los factores que pueden empeorar la sintomatología son el estrés, el frío o la actividad física prolongada. (5)(9)

En el caso del SFC la fatiga es el síntoma cardinal y la queja fundamental del paciente. Se trata de una fatiga patológica que disminuye en más de un 50% la capacidad de realizar las actividades de carácter laboral, social o personal que desempeñaba la persona antes de la aparición de la sintomatología. Esta se acompaña de otros síntomas que contribuyen a su morbilidad. Entre ellos se encuentran el sueño no reparador, alteraciones en los procesos cognitivos, intolerancia ortostática y dolor articular o muscular. (19,20)

La clínica puede aparecer de forma brusca o insidiosa, fluctuando a lo largo del tiempo. El ejercicio, incluso mínimo, se trata de un factor que agrava tanto el cansancio como el resto de la sintomatología. Los pacientes tienden por tanto a evitarlo ante el miedo a empeorar; sin embargo, la reducción de la actividad física también contribuye a perpetuar la fatiga. (19)

Finalmente, la SQM presenta un abanico amplio de síntomas por su carácter multiorgánico. Los pacientes refieren en consulta un malestar general inespecífico, acompañado en la mayoría de ocasiones de astenia junto con alteraciones en diversos sistemas. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran alteraciones en la memoria y la concentración, cefaleas, dolor muscular y articular, alteraciones en piel y mucosas

como sensación de quemazón o picor de ojos, trastornos gastrointestinales, alteraciones sensoriales como parestesias, así como síntomas respiratorios como disfonía o tos. (3)(18)

El cuadro clínico aparece con la exposición al producto patógeno y desaparece con su evitación. Suele desencadenarse de inmediato y desaparecer de forma habitual en horas o días. Los síntomas tienden a exacerbarse en cada exposición, de tal forma que, con el objetivo de evitar los agentes desencadenantes los pacientes pueden llegar incluso al aislamiento. (18)

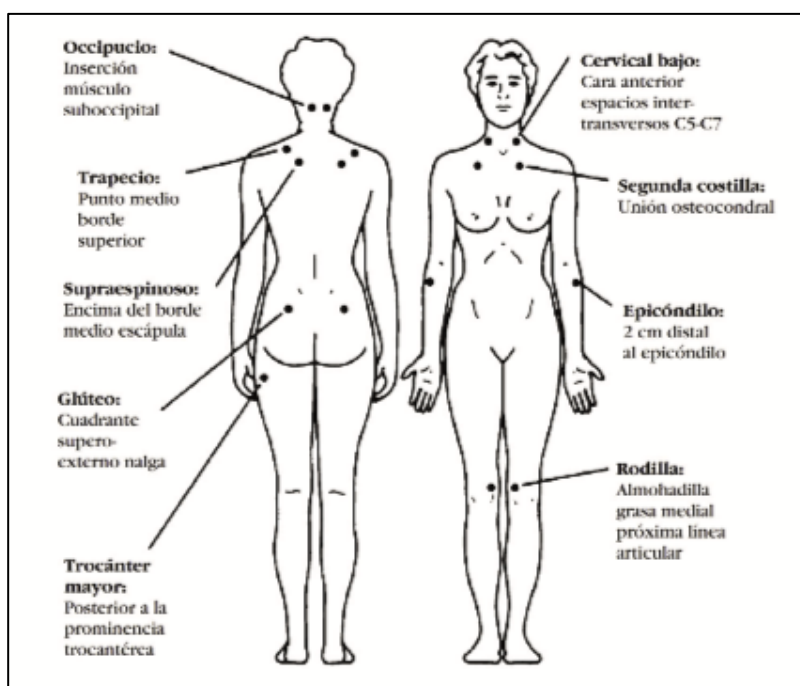
#### 1.4 Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la FM, el SFC y la SQM se basa exclusivamente en la sintomatología presente en las personas que la padecen. De esta forma, se hace imprescindible una anamnesis y una exploración física detallada que permitan tanto confirmar el diagnóstico, como descartar otras enfermedades con similar sintomatología. (3)(5)(11)

En el caso de la FM, en la anamnesis es interesante una valoración integral del dolor, funcionalidad y contexto psicosocial que rodea a la persona. En la exploración física el hallazgo más relevante es la detección de un umbral para el dolor patológicamente descendido a la estimulación. (5)

Los criterios para el diagnóstico de la FM fueron publicados originalmente en 1990 por el Colegio Americano de Reumatología (ACR). Se basan en la presencia de dolor crónico generalizado junto con al menos 11 de los 18 puntos de dolor a la palpación, representados en la *figura 2*. (21)

**Figura 2: Localización de los puntos dolorosos de la fibromialgia. (5)**



Empleando estos criterios, casi todos los pacientes diagnosticados con fibromialgia eran mujeres ya que presentan más “puntos dolorosos” que los hombres. Estos criterios fueron revisados posteriormente en 2010, haciendo hincapié en la sintomatología del paciente. De esta forma, se elimina el recuento de puntos dolorosos en el diagnóstico de la fibromialgia, sustituyéndolo por un índice de dolor generalizado (WPI) y una escala de severidad de los síntomas (SS-Score) (Anexo I). La utilización de estos criterios permite identificar la mayoría de los casos que reúnen los criterios establecidos en 1990, además de identificar un mayor número de pacientes masculinos, que podrían pasar inadvertidos siguiendo los criterios establecidos en 1990. (10)(11)(21)

Por último, se realizó una modificación posterior de los criterios diagnósticos de la ACR de 2010 en la que se sustituyó la evaluación por parte del médico por la evaluación subjetiva del propio paciente, a través de un cuestionario autoadministrado útil para estudios epidemiológicos. La evidencia recomienda la utilización de los criterios establecidos en 2010, obviando los publicados en 1990, aunque la aplicación conjunta aumenta la precisión en el diagnóstico. (11)(22)

En cuanto a los criterios diagnósticos que definen el SFC, son los elaborados por Fukuda en 1994, los que tienen mayor aceptación internacional en la práctica clínica e investigación. Según estos criterios, también denominados “*criterios internacionales*”, un caso de SFC se define por la presencia de fatiga crónica con un inicio definido, que no

se alivia con el descanso y que se acompaña de síntomas específicos. Todos ellos persisten durante al menos 6 meses (Anexo 2). (6)(11)

En 2015, se proponen unos nuevos criterios por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), con el objetivo de redefinir la enfermedad incorporando elementos de definiciones previas del SFC. Para establecer el diagnóstico siguiendo estos criterios, se debe apreciar en el paciente una reducción sustancial de la habilidad para realizar las actividades que antes desempeñaba con normalidad, junto con fatiga profunda que persiste durante más de 6 meses, malestar post-esfuerzo y sueño no reparador. Además, debe presentar deterioro cognitivo, intolerancia ortostática o ambas. Es importante valorar no solo la presencia de los síntomas, sino su frecuencia y gravedad. (11)(20)

El diagnóstico de la SQM se basa en la historia referida por el paciente. La anamnesis detallada debe permitir establecer una sospecha clínica al detectar síntomas en relación con la exposición química. La exploración física puede ser normal o apreciar ciertos síntomas inespecíficos. (3)(18)

Los criterios que continúan vigentes en la actualidad son los establecidos por consenso en 1999. Definen la SQM como una enfermedad de curso crónico, con síntomas reproducibles que se presentan ante exposiciones a muy baja concentración y que mejoran o desaparecen al cesar la exposición. La misma respuesta se obtiene al exponerse a productos químicos no relacionados entre sí, afectando a varios aparatos y sistemas del organismo. En 2011, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España, en el Documento de Consenso sobre Sensibilidad Química Múltiple hace algunas especificaciones a los criterios mencionados añadiendo que los síntomas son variables en frecuencia, gravedad y duración; además, el paciente puede presentar dificultades para mantener los hábitos de la vida diaria y para acceder a los servicios sanitarios. El diagnóstico puede ayudarse con distintos cuestionarios que, aunque no se tratan de herramientas validadas, ayudan a orientar el diagnóstico. El más utilizado es el Quik Enviromental Exposure and Sensitivity Inventory (QEESI). (3)

En la actualidad, se realizan pruebas inmunológicas o de provocación, aunque no existe consenso sobre ellas. Estas ayudan a establecer el diagnóstico diferencial entre la SQM y otras patologías como el síndrome producido por disolventes, mastocitosis, síndrome del edificio enfermo o psiquiátricas. (3)(18)



En ninguno de los casos existen pruebas complementarias específicas que permitan confirmar el diagnóstico de FM, SFC o SQM. Sin embargo, estas pruebas permiten excluir otras causas de enfermedad. (3)(11)(22)

Es importante establecer el diagnóstico diferencial entre las tres patologías, aunque la presencia de una de ellas no excluye la posibilidad de la existencia de otra enfermedad asociada. (11)(18)(23)

### 1.5 Tratamiento

Las dificultades en el diagnóstico, así como, el desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos, son hechos que limitan la oferta terapéutica para el tratamiento de la FM, el SFC y la SQM. Este es el principal motivo por el que el tratamiento disponible actualmente es sintomático, sin posibilidad de tratamiento con indicación específica para estas patologías. El abordaje multimodal ha demostrado ser beneficioso en el manejo de los pacientes que sufren alguno de estos síndromes. (3)(4)(24)

En concreto, el tratamiento de la FM está dirigido a disminuir el dolor y la fatiga, mejorar el sueño y los niveles de actividad, así como a mantener la funcionalidad y mejorar el bienestar psicológico conviviendo con la enfermedad. (5)

Existe evidencia de los beneficios de un tratamiento multimodal que incluya un abordaje farmacológico, físico y psicológico. Importante no olvidar la información y educación al paciente sobre el diagnóstico, el pronóstico y la enfermedad; reduciendo así el miedo y contribuyendo a un mejor afrontamiento de la enfermedad. (5)(25)

En cuanto al tratamiento farmacológico, se utilizan principalmente medicamentos de acción central, es decir, aquellos que actúan sobre el sistema nervioso. La amitriptilina, antidepresivo tricíclico, es uno de los fármacos de evidencia más sólida para el control del dolor. Otras alternativas incluyen la duloxetina (inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina) y antiepilépticos como la pregabalina. La elección del tratamiento debe individualizarse, siendo recomendable iniciar el tratamiento con dosis bajas realizando un incremento gradual hasta alcanzar la dosis mínima que alivie los síntomas. Los analgésicos están indicados para uso temporal en fases de exacerbación del dolor, cuando los síntomas estén descontrolados. En el caso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son útiles en combinación con los medicamentos de acción central, es decir, como adyuvante analgésico. Ante la inexistencia de evidencias de inflamación en la evolución de la enfermedad, el uso de glucocorticoides no estaría indicado; teniendo

en cuenta además los potenciales efectos adversos cuando son administrados de forma crónica. (4)(11)

Algunos autores, defienden la hipótesis de que la deficiencia de testosterona podría estar implicada en el desarrollo de la enfermedad. Un estudio piloto realizado por White y colaboradores ha demostrado la eficacia del tratamiento con testosterona, reduciendo el dolor muscular, la rigidez y fatiga durante el mismo. (25)

Respecto al tratamiento no farmacológico, los programas de ejercicio son el tratamiento de elección por sus efectos positivos sobre el aspecto físico, psicológico, hormonal y en la calidad de vida. Los programas de ejercicio físico aeróbico de bajo impacto, o programas mixtos en los que se combine con ejercicios de fortalecimiento muscular son los más recomendables. Asimismo, existe evidencia sólida sobre la terapia cognitivo conductual y sus resultados positivos sobre el control del dolor, malestar físico y estado de ánimo. En cuanto a las terapias alternativas como acupuntura, electroacupuntura, taichí o reiki; no existe suficiente evidencia para recomendarlas como tratamiento a pacientes con fibromialgia. (4)(11)

Para tratar todos los aspectos de la fibromialgia, se hace necesario un enfoque multimodal que combine el ejercicio físico, la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes. A pesar de esto, sería interesante dar prioridad al abordaje no farmacológico, ya que presenta pocos riesgos y demostrados beneficios, pudiéndose mantener de forma indefinida en el tiempo. La evaluación del paciente y su seguimiento son parte fundamental del abordaje clínico. (4)

El manejo terapéutico del SFC está condicionado por la multitud de síntomas que experimentan los pacientes diagnosticados de este síndrome. El enfoque de tratamiento es amplio, incluye terapias inmunológicas, farmacológicas y comportamentales, así como terapias complementarias. En su mayoría estos están dirigidos al tratamiento específico de los síntomas de dolor, fatiga o alteraciones del sueño. (24)

En cuanto al tratamiento farmacológico, los antidepresivos podrían ser útiles para tratar los síntomas asociados como la depresión, el insomnio o las mialgias. El rintatolimod, fármaco inmunomodulador y agente antiviral, parece mejorar la tolerancia, duración y trabajo de ejercicio cardiopulmonar. Sin embargo, no existe evidencia sólida por lo que se considera aún un tratamiento de carácter investigacional. El uso de

corticosteroides no estaría indicado en el manejo de este síndrome ya que no mejoran ni la fatiga física ni mental. (11)(24)

Respecto al tratamiento no farmacológico, tanto el asesoramiento, las terapias conductuales como la terapia de ejercicio físico progresivo, suponen una mejora de la fatiga, función física y calidad de vida de las personas que padecen SFC. Además, este tipo de terapias se asocian con un menor riesgo de efectos adversos. (24)

La evidencia recomienda la realización de ejercicio físico aeróbico de forma regular, adaptándolo siempre a las características del paciente y a la evolución de la enfermedad. No obstante, la realización de un sobreesfuerzo podría empeorar la sintomatología del paciente. En cuanto a los periodos de descanso, no se recomienda que estos sean prolongados, en especial cuando se presenta una agudización de la clínica. Las terapias alternativas como la acupuntura o la homeopatía no han demostrado eficacia en el tratamiento de estos pacientes por lo que no se puede recomendar su uso. De esta forma, para el abordaje del SFC, se recomienda considerar la combinación de tratamiento farmacológico sintomático, educación, ejercicio físico gradual, así como terapia cognitivo conductual. (11)(24)

Para el tratamiento de la SQM, no existe ningún tratamiento específico que deje asintomático al paciente. La inexistencia de tratamiento etiológico requiere la adopción de medidas que se adapten a los cambios de sintomatología para mejorar la calidad de vida. (3)

Se han utilizado algunos fármacos basándose en hipótesis etiopatogénicas de la enfermedad. Genius, describe la inmunoterapia de desensibilización como una opción de tratamiento, aunque no aporta datos en su estudio sobre la seguridad de la intervención. Por otro lado, señala como alternativa el uso de esteroides o inmunosupresores. La coenzima Q-10, vitaminas (vitamina B1, B12, C, ácido fólico), así como otros aminoácidos y oligoelementos, son utilizados para paliar los síntomas de fatiga y debilidad asociados a la SQM. (3)(12)

La conducta de evitación hacia las sustancias desencadenantes de la SQM es una de las medidas más eficaces de carácter preventivo. Debemos adoptar un abordaje multidisciplinar que incluya, además de las medidas de control ambiental, el tratamiento de las comorbilidades que acompañan a este síndrome y sus síntomas. La rehabilitación,

psicoterapia y terapia cognitiva deben formar parte del manejo clínico de estos pacientes contribuyendo así al objetivo de mejorar la calidad de vida. (3)

## **OBJETIVOS**

El objetivo principal del trabajo es analizar las diferencias de género en el diagnóstico de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple.

Los objetivos específicos son:

- Identificar el perfil y características de los hombres y mujeres que padecen FM, SFC o SQM.
- Analizar si se realiza el mismo diagnóstico diferencial en hombres y en mujeres.
- Conocer las diferencias en el manejo de los cuidados de enfermería de estas enfermedades entre hombres y mujeres.

## **JUSTIFICACIÓN**

La fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple, afectan de forma significativa a la calidad de vida de las personas que conviven con ellas. Además, la dificultad para establecer el diagnóstico de estas enfermedades, así como la falta de atención específica, contribuyen a la incapacidad personal y laboral de las personas afectadas, junto con un aumento de las demandas sanitarias. Por tanto, se producen elevados costes económicos tanto en el sistema sanitario como en la sociedad de forma conjunta. (3)(11)(26)

Tanto la fibromialgia como el síndrome de fatiga crónica se tratan de patologías de elevada prevalencia, lo que las convierte en un problema de gran trascendencia para la salud pública. En el caso de la sensibilidad química múltiple, es su carácter emergente el que hace preciso su estudio. (3)(6)(9)

Se ha indicado anteriormente la prevalencia mayoritaria de mujeres en estas patologías. Esto conlleva a que el conocimiento actual sobre ellas se haya desarrollado a partir de la investigación en este grupo de población. Sin embargo, las necesidades de hombres y mujeres son distintas. Desde el Ministerio de Sanidad se reconoce la necesidad de la perspectiva de género en las estrategias sanitarias. La Ley Orgánica 3/2007 recoge los fundamentos básicos para integrar los principios de igualdad en el ámbito de la salud. (5)(12)(27)

La perspectiva de género en el estudio de estas enfermedades es aún escasa, siendo abordadas en su mayoría desde una perspectiva clínica. Esto hace que el fenotipo clínico de los hombres y mujeres afectadas no esté bien definido, de tal forma que sería interesante describir el perfil específico de ambos grupos por su repercusión sobre el diagnóstico y el manejo terapéutico. (3) (27,28)

Por lo tanto, se considera relevante realizar una revisión narrativa de la literatura científica publicada para analizar las diferencias de género en el diagnóstico de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple con el fin de promover un conocimiento y atención sanitaria adaptada a las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres, así como, un abordaje integral. (12) (27,28)

## **METODOLOGÍA**

Para realizar esta revisión narrativa se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura en las bases de datos de Ciencias de la Salud.

Inicialmente, se realizó una búsqueda en Google Académico y PubMed mediante lenguaje libre con el objetivo de contextualizar el tema propuesto. A continuación, se llevó a cabo una búsqueda en profundidad en las bases de datos internacionales PubMed, CINAHL, Cochrane Library y PsycInfo, así como en CUIDEN y SciELO relevantes en el ámbito nacional.

Además, en la elaboración de la introducción se consultó la página web de la Sociedad Española de Reumatología para la obtención de datos relevantes. Igualmente, se realizaron búsquedas manuales de la bibliografía de los artículos elegidos, con el objetivo de aportar información pertinente para la realización del trabajo.

Para desarrollar la búsqueda bibliográfica, se utilizaron las siguientes palabras clave: *Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Sensibilidad Química Múltiple, epidemiología, diagnóstico diferencial, manejo de la enfermedad, tratamiento, diferencias de género y enfermería*. Tras su traducción mediante las plataformas DeSC (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (PubMed), se obtuvieron los siguientes descriptores: *Fibromyalgia, Fatigue Syndrome, Chronic, Multiple Chemical Sensitivity, epidemiology, diagnosis, differential, disease management, therapeutics, sex characteristics y nursing*. Además de estos términos, se utilizó lenguaje libre en Cuiden, SciELO, Cochrane Library y PsycInfo, y en algunas sentencias de búsqueda específicas de las bases de datos PubMed y CINAHL para ampliar el número de resultados obtenidos.

Las sentencias de búsqueda se construyeron combinando los términos mencionados con los operadores booleanos “AND” y “OR”, así como con la utilización de subencabezamientos. Asimismo, se utilizó la estrategia de truncamiento para abordar todos los términos relacionados con enfermería (*nurs\**) y diagnóstico (*diagnos\**).

Los filtros utilizados para delimitar la búsqueda fueron fecha de publicación (últimos 5 años) y la especie (seres humanos). En cuanto al filtro relacionado con el sexo, este ha sido utilizado tanto en mujer como en hombre para la comparación de los resultados obtenidos. En la base de datos CINAHL se utilizó el filtro “Exclusión de los registros de Medline”.

Los criterios de inclusión y exclusión establecidos para seleccionar los artículos pertinentes fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión
  - Artículos que trataran sobre el diagnóstico de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica o sensibilidad química múltiple tanto en mujeres como en hombres.
  - Artículos publicados en inglés y en español.
- Criterios de exclusión
  - Artículos que únicamente abordaran la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o sensibilidad química múltiple en población pediátrica.
  - Artículos que abordaran otras patologías que cursan con sintomatología similar a las mencionadas.

Por último, se describe a continuación la metodología aplicada para la selección de los artículos incluidos en esta revisión. La primera selección se realizó leyendo el título de los artículos obtenidos en las diferentes búsquedas realizadas. Así, se recopilaron aquellos que se correspondían con el tema propuesto. Seguidamente, una segunda selección se llevó a cabo en base a la lectura del resumen de los artículos elegidos previamente, para confirmar su relación con el objetivo del trabajo. A continuación, se llevó a cabo la lectura completa de los artículos para seleccionar aquellos que respondían a los objetivos específicos. Finalmente, se procedió al análisis del contenido de los artículos seleccionados por su relevancia para el desarrollo de la revisión narrativa.

En la tabla 1, queda reflejado a modo de resumen el número de artículos seleccionados de cada una de las bases de datos. Por otro lado, en las tablas 2-7 se especifican los detalles de las búsquedas realizadas.

	<b>Artículos seleccionados por el título.</b>	<b>Artículos seleccionados por el resumen.</b>	<b>Artículos seleccionados tras la lectura completa.</b>
PubMed	28	23	14
Cinahl	3	3	1
Cochrane Library	0	0	0
PsycInfo	2	2	1
Cuiden	2	2	2
SciELO	1	1	1
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>19</b>

*Tabla 1. Resumen del número de artículos seleccionados.*



Tabla 2. Búsqueda de artículos en la base de datos Pubmed.

Base de datos	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos duplicados	Artículos seleccionados
PUBMED	("Fibromyalgia/epidemiology" [Mesh])	246	0	5
	("Fatigue Syndrome, Chronic/epidemiology" [Mesh])	88	0	1
	("Multiple Chemical Sensitivity/epidemiology" [Mesh])	18	0	1
	("Fibromyalgia" [Mesh]) AND "Diagnosis, differential" [Mesh])	36	0	0
	("Fibromyalgia" [Mesh]) AND "Diagnosis" [Mesh] AND "Sex Characteristics" [Mesh])	5	0	2
	("Fatigue Syndrome, Chronic/diagnosis" [Mesh])	149	0	1
	("Fatigue Syndrome, Chronic" [Mesh]) AND "Diagnosis" [Mesh] AND "Gender" [title/abstract])	10	0	0
	("Fatigue Syndrome, Chronic" [Mesh] AND "Diagnosis, Differential" [Mesh])	28	2	0
	("Multiple Chemical Sensitivity" [Mesh] AND "Diagnos*" [title/abstract])	22	1	1
	("Fibromyalgia"[Mesh]) AND "Sex Characteristics" [Mesh] AND "Treatment"[title/abstract])	3	1	1
	("Fatigue Syndrome, Chronic" [Mesh]) AND "Treatment" [title/abstract] AND "Gender" [title/abstract])	7	0	0
	("Multiple Chemical Sensitivity" [Mesh] AND "Treatment" [title/abstract])	9	1	0
	("Fibromyalgia" [Mesh]) AND "Nurs* [Title/Abstract] AND "Gender" [title/abstract])	3	0	1
PUBMED	("Fatigue Syndrome, Chronic" [Mesh]) AND "Nurs*" [title/abstract])	7	0	1
	("Multiple Chemical Sensitivity" [Mesh] AND "Nurs*" [title/abstract])	0	0	0

Tabla 3. Búsqueda de artículos en la base de datos Cinahl.

Base de datos	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos duplicados	Artículos seleccionados
CINAHL	(MH "Fibromyalgia/EP")	19	1	0
	(MH "Fatigue Syndrome, Chronic/EP")	7	0	0
	(MH "Fibromyalgia) AND (MH "Diagnosis, Differential")	8	0	0
	((MH "Fibromyalgia) AND (MH "Diagnosis") AND (TI Gender OR AB Gender))	11	0	0
	(MH "Fatigue Syndrome, Chronic/DI")	39	1	0
	(MH " Fatigue Syndrome, Chronic) AND (MH "Diagnosis, Differential")	12	2	0
	((MH " Fatigue Syndrome, Chronic) AND (MH "Diagnosis") AND (TI Gender OR AB Gender))	2	0	0
	((MH "Fibromyalgia) AND (TI Treatment OR AB Treatment) AND (TI Gender OR AB Gender))	7	2	1
	((MH " Fatigue Syndrome, Chronic) AND (TI Treatment OR AB Treatment) AND (TI Gender OR AB Gender))	1	0	0
	(MH "Multiple Chemical Sensitivity")	13	1	0
	((MH "Fibromyalgia) AND (TI Nurs* OR AB Nurs*))	19	8	0
	((MH " Fatigue Syndrome, Chronic) AND (TI Nurs* OR AB Nurs*))	1	0	0

Tabla 4. Búsqueda de artículos en la base de datos Cochrane Library.

Base de datos	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos duplicados	Artículos seleccionados
COCHRANE LIBRARY	Fibromyalgia AND Gender	15	0	0
	“Fatigue Syndrome, Chronic” AND Gender	6	0	0
	“Multiple Chemical Sensitivity” AND Gender	0	0	0
	Fibromyalgia AND “Diagnosis, Differential”	2	0	0
	“Fatigue Syndrome, Chronic” AND “Diagnosis, Differential”	1	0	0
	“Multiple Chemical Sensitivity” AND “Diagnosis, Differential”	0	0	0
	“Fibromyalgia” AND Treatment AND Gender	5	0	0
	“Fatigue Syndrome, Chronic” AND Treatment AND Gender	2	2	0
	“Multiple Chemical Sensitivity” AND Treatment	4	0	0
	Fibromyalgia AND “Nurse’s role”	4	0	0
	“Fatigue Syndrome, Chronic” AND “Nurse’s role”	1	1	0
	“Multiple Chemical Sensitivity” AND “Nurse’s role”	0	0	0

Tabla 5. Búsqueda de artículos en la base de datos PsycInfo.

Base de datos	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos duplicados	Artículos seleccionados
PSYCINFO	Fibromyalgia AND Diagnosis AND Gender	8	2	0
	“Fatigue Syndrome, Chronic” AND Diagnosis AND Gender	4	1	0
	“Multiple Chemical Sensitivity” AND Diagnosis	3	0	0
	Fibromyalgia AND Treatment AND Gender	21	7	0
	“Fatigue Syndrome, Chronic” AND Treatment AND Gender	4	1	0
	“Multiple Chemical Sensitivity” AND Treatment	8	0	0
	Fibromyalgia AND Nurs* AND Gender	5	4	1
	“Fatigue Syndrome, Chronic” AND Nurs*	7	0	0
	“Multiple Chemical Sensitivity” AND Nurs*	0	0	0

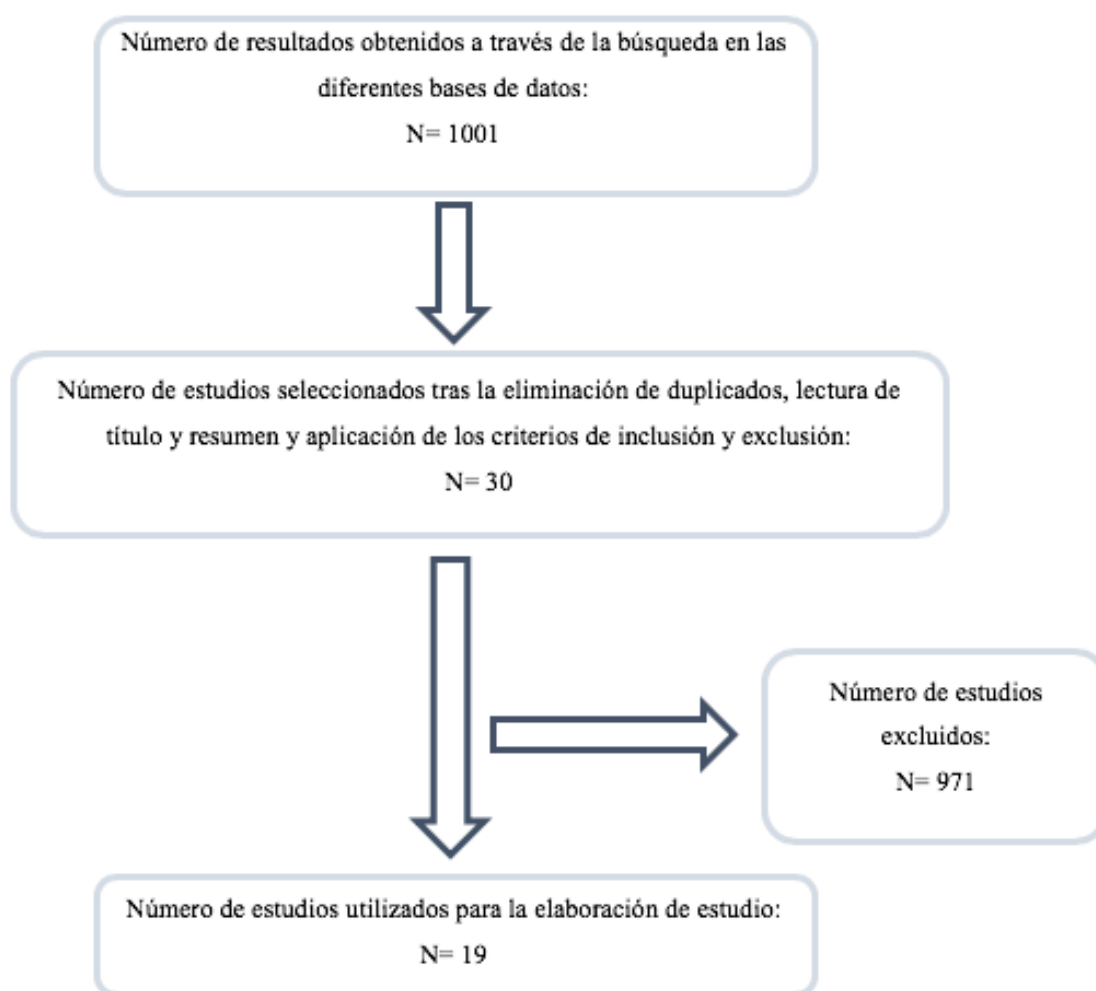
Tabla 6. Búsqueda de artículos en la base de datos Cuiden.

Base de datos	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos duplicados	Artículos seleccionados
CUIDEN	Fibromialgia AND Género	4	0	1
	(“Síndrome de Fatiga Crónica” OR “Encefalitis Miálgica”) AND Género	0	0	0
	Fibromialgia AND Diagnóstico	7	0	1
	“Síndrome de Fatiga Crónica” AND Diagnóstico	1	0	0
	Fibromialgia AND Tratamiento	5	0	0
	(“Síndrome de Fatiga Crónica” OR “Encefalitis Miálgica”) AND Tratamiento	0	0	0
	“Sensibilidad Química Múltiple”	0	0	0
	Fibromialgia AND Enfermería AND Género	3	2	0
	(“Síndrome de Fatiga Crónica” OR “Encefalitis Miálgica”) AND Enfermería	0	0	0

*Tabla 7. Búsqueda de artículos en la base de datos SciELO.*

Base de datos	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos duplicados	Artículos seleccionados
SCIELO	Fibromialgia AND Género	4	1	0
	(“Síndrome de Fatiga Crónica” OR “Encefalitis Miálgica”) AND Género	0	0	0
	Fibromialgia AND “Diagnóstico Diferencial”	3	0	0
	(“Síndrome de Fatiga Crónica” OR “Encefalitis Miálgica”) AND Diagnóstico	6	6	0
	Fibromialgia AND Tratamiento	24	8	0
	(“Síndrome de Fatiga Crónica” OR “Encefalitis Miálgica”) AND Tratamiento	4	2	0
	“Sensibilidad Química Múltiple”	7	0	1
	Fibromialgia AND Enfermería	4	0	0
	(“Síndrome de Fatiga Crónica” OR “Encefalitis Miálgica”) AND Enfermería	0	0	0

Finalmente, queda expuesto en la *figura 3* el proceso de selección de información para la realización de la revisión narrativa.



*Figura 3. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios. Elaboración propia.*

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El número de artículos seleccionados para la revisión fue de 19. Todos los artículos están escritos en inglés salvo tres de ellos de idioma español. Del número total, 11 de los artículos revisados se desarrollaron en nuestro país. De los 19 artículos mencionados, 16 de ellos se tratan de fuentes primarias, mientras que los 3 restantes, se tratan de fuentes secundarias. En función de la tipología de los artículos incluidos en el trabajo se dividen en 11 estudios de carácter cuantitativo, 5 de tipo cualitativo y 3 revisiones de la literatura.

A continuación, quedan recogidos en la *tabla 8* los artículos seleccionados para la realización del trabajo. En ella figuran los autores, el país en el que se llevó a cabo, el año de publicación, el objetivo del estudio, la población seleccionada, el diseño de este y los resultados obtenidos.



*Tabla 8. Datos de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.*

<b>Autores</b>	<b>Lugar y año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudio y población</b>	<b>Resultados</b>
Faro M et al. (28)	Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. (2016)	Evaluar si existen diferencias de género en el síndrome de fatiga crónica y definir el perfil clínico del hombre.	Estudio de cohortes transversal prospectivo. N=1309 (1190 mujeres /119 hombres)	El perfil del hombre con síndrome de fatiga crónica fue el de un paciente joven, soltero, con trabajo especializado y con un desencadenante infeccioso de la enfermedad. Además, parecen presentar menor dolor y sintomatología de carácter muscular e inmune que las mujeres. Asimismo, presenta menor comorbilidad y, por tanto, mejor calidad de vida.
Muraleetharan D et al. (29)	Tennessee, Virginia, Maryland, Washington DC, Estados Unidos. (2018)	Describir el impacto en la calidad de vida, las relaciones personales y en la carrera profesional que supone la fibromialgia en los hombres y describir la relación con el profesional sanitario.	Estudio de diseño cualitativo. N=1163 (238 mujeres/925 hombres)	Los hombres con fibromialgia describen un fuerte impacto en la salud mental y física que afecta de forma negativa tanto al ámbito personal como profesional. Esta percepción se acentúa por la falta de entendimiento que reciben por parte de su entorno. Se identifica como factor que influye en la situación el rol de género asociado al hombre. Por otro lado, queda patente la necesidad de mejorar la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes masculinos con fibromialgia.
Miró E et al. (30)	Granada, España. (2015)	Explorar si las personas que padecen fibromialgia presentan diferentes alteraciones cognitivas en función del género. Analizar las posibles diferencias de género en la relación entre las funciones cognitivas y algunos de los principales síntomas de la fibromialgia.	Estudio descriptivo transversal. N=126 (79 mujeres/ 47 hombres)	Los pacientes con fibromialgia presentaban deficiencias en la vigilancia, el estado de alerta y el control ejecutivo en comparación con los controles sanos. Esta alteración en la atención fue similar en hombres y mujeres. La angustia emocional y la interrupción del sueño pueden estar relacionados con estos hallazgos cognitivos, aunque las relaciones difieren en el sexo.

<b>Autores</b>	<b>Lugar y año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudio y población</b>	<b>Resultados</b>
Nadeau G, Lippel K. (31)	Canadá. (2014)	Examinar tanto los trabajos empíricos y teóricos publicados sobre sensibilidad química múltiple que incluyan la perspectiva de género, como los que carezcan de ella.	Revisión bibliográfica.	Tener en cuenta el enfoque de sexo y género de manera apropiada, contribuye a la equidad en salud, especialmente cuando los contextos sociales desempeñan un papel tan importante como es el caso de la sensibilidad química múltiple.
Danet A et al. (32)	Andalucía, España. (2016)	Evaluar, desde una perspectiva de género, la estrategia formativa de pacientes con fibromialgia de la Escuela de Pacientes, basada en la formación entre iguales.	Estudio cuantitativo de diseño cuasiexperimental pretest-postest.  N=600	La formación entre iguales demostró ser un abordaje educativo eficiente y un espacio adecuado para fomentar el compromiso y apoyo social. En el caso de las mujeres se observaron resultados positivos en la salud emocional y la autoconfianza.
Briones-Vozmediano E. (33)	España. (2016)	Explorar la construcción social de la fibromialgia desde la perspectiva de las políticas de salud, pacientes y profesionales sanitarios.	Revisión de tesis doctoral.	La falta de reconocimiento de la enfermedad en el caso de la fibromialgia se evidencia en las políticas sanitarias, el área clínica y en el entorno de las personas afectadas. La influencia de los estereotipos de género afecta de forma negativa a las personas que conviven diariamente con la enfermedad.

<b>Autores</b>	<b>Lugar y año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudio y población</b>	<b>Resultados</b>
Segura-Jiménez V et al. (34)	Andalucía, España. (2016)	Analizar las diferencias de género en la sensibilidad, el impacto de la fibromialgia, calidad de vida relacionada con la salud, fatiga, calidad del sueño, salud mental, rendimiento cognitivo, dolor, cognición y salud positiva en pacientes españoles con fibromialgia.	Estudio descriptivo transversal. N=673 (2 grupos de 388 y 285 personas)	Los resultados no encuentran evidencia consistente de diferencias de género en los síntomas relacionados con la fibromialgia. No obstante, la fibromialgia parece afectar de forma más severa a los hombres que a las mujeres en relación con la sensibilidad, la salud mental y la latencia del sueño. Estos resultados deberían ser confirmados por futuros estudios con un número más elevado de participantes masculinos.
Racine M et al. (35)	St. Joseph's Health Care London, Ontario, Canadá. (2015)	Examinar si hombres y mujeres con fibromialgia difieren en términos de su dolor y funcionamiento, creencias y estrategias de afrontamiento relacionado con su dolor.	Estudio de corte transversal. N=795 (747 mujeres/ 48 hombres)	Los resultados sugieren que no existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con las mediciones de dolor y funcionamiento. Sin embargo, si difieren en las creencias y estrategias de afrontamiento. Esto sugiere que hombres y mujeres podrían beneficiarse de intervenciones psicosociales diferentes.
Daza P, Lancharro I. (36)	Sevilla, España. (2018)	Conocer la experiencia de vida de pacientes diagnosticadas de fibromialgia y el impacto en la calidad de vida.	Estudio cualitativo. N=6	Las mujeres sufren importantes modificaciones en numerosos aspectos vitales limitando las actividades cotidianas. El entorno de las mujeres infravalora el nivel de dolor que sufren, creando en ellas sentimientos de incompreensión. El trato recibido en la búsqueda de atención sanitaria se considera insuficiente en cuanto a la comprensión y el apoyo recibido.

<b>Autores</b>	<b>Lugar y año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudio y población</b>	<b>Resultados</b>
Arout CA et al. (37)	Estados Unidos. (2018)	Examinar las diferencias entre hombres y mujeres con diagnóstico de fibromialgia en las características sociodemográficas, diagnósticos concomitantes y uso de los servicios de salud.	Estudio de cohortes. N=2.216.621 (2 grupos de 2.139.539 y 77.087 pacientes)	Las mujeres son más propensas a padecer fibromialgia que los hombres. La fibromialgia muestra una imagen de multimorbilidad, con patrones sustancialmente diferentes dependientes del género, que debería ser considerado en el abordaje de la enfermedad.
Collin SM et al. (38)	Reino Unido y Países Bajos. (2015)	Describir los fenotipos basados en síntomas de los pacientes con síndrome de fatiga crónica.  Investigar cómo se relacionan estos fenotipos con la edad, el sexo, la duración de la enfermedad, las comorbilidades comunes del síndrome de fatiga crónica y la severidad de los síntomas.	Estudio de cohortes. N=8433 (2 grupos de 7041 y 1392 pacientes)	Los adultos que presentan síndrome de fatiga crónica pueden clasificarse en seis fenotipos distintos que se asocian con el sexo, la duración y la severidad de la enfermedad y las comorbilidades asociadas. Investigaciones futuras deben determinar si los presentes fenotipos predicen resultados de tratamiento y requieren de tratamientos diferentes.
Lago E et al. (7)	Hospital Universitario Son Espases, Islas Baleares, España. (2017)	Describir las características epidemiológicas, clínicas y psicológicas de una muestra de pacientes con sensibilidad química múltiple.	Estudio descriptivo. N=73 (66 mujeres/ 7 hombres)	La sensibilidad química múltiple afecta principalmente a mujeres de mediana edad con comorbilidades asociadas entre las que destacan, el dolor crónico, la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica. Presentan además elevados niveles de ansiedad y conductas de evitación.

<b>Autores</b>	<b>Lugar y año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudio y población</b>	<b>Resultados</b>
García-Sierra R, Álvarez-Moleiro M. (39)	Barcelona, España. (2014)	Describir el sufrimiento de las personas que padecen sensibilidad química múltiple y evaluar la repercusión de la enfermedad en cada dimensión del sufrimiento.	Estudio descriptivo transversal. N=125 (114 mujeres/ 11 hombres)	La sensibilidad química múltiple es una enfermedad que causa sufrimiento físico, psicológico y existencial. Los síntomas musculoesqueléticos y respiratorios son los que se relacionan en mayor medida con el sufrimiento físico; mientras que la ansiedad o los sentimientos de fracaso se asocian con el psicológico y existencial.
Häuser W, Fitzcharles MA. (40)	Alemania. (2018)	Discutir algunos de los mitos relativos a la fibromialgia, con especial atención a aquellos ensalzados por especialistas de salud mental y neurólogos.	Revisión bibliográfica.	A pesar de los avances en fibromialgia en las últimas décadas, aún perpetúan mitos que sostienen un origen psiquiátrico o psicossomático de la enfermedad o que la asocian al sexo femenino en exclusiva. Se propone un modelo interdisciplinar y biopsicosocial que oriente el diagnóstico, la clasificación y el manejo de la enfermedad.
Wolfe F et al. (41)	Alemania. (2018)	Comparar la fibromialgia basada en criterios con la fibromialgia clínica describiendo los sesgos de género en su diagnóstico.	Estudio de cohortes N=8538 (3 grupos de 1761, 4342 y 2435 personas)	La percepción de que la fibromialgia es un trastorno de la mujer no está respaldada por datos de estudios imparciales. La fibromialgia clínica es la cara conocida de la enfermedad, pero se ve modificada por el sesgo de selección y confirmación en la clínica y las publicaciones, subestimando la prevalencia masculina.
Montesó-Curto P et al. (42)	Cataluña, España. (2016)	Identificar los principales problemas biológicos, psicológicos y sociológicos de los pacientes con fibromialgia, así como las posibles soluciones mediante terapia cognitivo-conductual.	Estudio cualitativo. N=44 (42 mujeres/ 2 hombres)	La terapia cognitivo-conductual permite aumentar el sentimiento de control en los pacientes con fibromialgia. Es importante que enfermeras y pacientes trabajen juntos en la identificación de los principales problemas que afectan a quienes conviven con este trastorno.

<b>Autores</b>	<b>Lugar y año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudio y población</b>	<b>Resultados</b>
Ryckeghem H et al. (43)	Bélgica (2016)	Analizar las experiencias y expectativas de pacientes con síndrome de fatiga crónica y profesionales sanitarios sobre el rol de la enfermera en el proceso de diagnóstico de la enfermedad.	Estudio cualitativo  N= 65	Se evidencian deficiencias en el acompañamiento de los pacientes que sufren síndrome de fatiga crónica. La falta de información, comunicación y educación podrían combatirse con la implantación de un abordaje multidisciplinar donde la figura de la enfermera es necesaria.
Briones-Vozmediano E et al. (44)	Valencia, España. (2016)	Explorar cómo el género influye en las experiencias relacionadas con la enfermedad de las mujeres con fibromialgia.	Estudio cualitativo.  N=13 mujeres	Las mujeres sienten frustración al no ser capaces de cumplir con la expectativa de género de cuidar a los otros y del hogar. El profesional sanitario puede ayudar a estas mujeres a adoptar un comportamiento más beneficioso para su salud.
Lami MJ et al. (45)	Granada, España. (2016)	Evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio en hombres y mujeres con fibromialgia.	Estudio cuasiexperimental pretest-postest.  N=28  (15 mujeres/13 hombres)	Se observan diferentes respuestas al tratamiento entre hombres y mujeres en algunas de las variables relacionadas con el dolor y el sueño. La necesidad de desarrollar diferentes tratamientos para hombres y mujeres es aún un reto de estudio.

Tras el análisis de los artículos seleccionados, se establecieron tres categorías en función de los objetivos específicos propuestos:

- a) Perfil y características de hombres y mujeres que padecen fibromialgia, síndrome de fatiga crónica o sensibilidad química múltiple.
- b) Procedimiento diagnóstico en fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple en hombres y mujeres.
- c) Diferencias en el manejo de los cuidados de enfermería en la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple entre hombres y mujeres.

**a) Perfil y características de hombres y mujeres que padecen fibromialgia, síndrome de fatiga crónica o sensibilidad química múltiple.**

La fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple son trastornos crónicos prevalentemente femeninos. La distribución desigual entre los dos sexos hace que se etiqueten como “*enfermedades de mujeres*”. Esta consideración, tiene como consecuencia que la literatura desarrollada sobre las patologías mencionadas esté focalizada casi en exclusiva en las mujeres, a pesar de que afecta a ambos sexos. (28-31)

La FM no representa solo un conjunto de signos biológicos y psicológicos, sino que la vivencia a nivel individual y colectivo, la dota de una dimensión sociocultural en la que además influyen fuerzas económico-políticas e institucionales. Esto constituye la vivencia total de la enfermedad, con respecto a la cual parece haber un consenso en lo que se refiere a las importantes limitaciones funcionales, psicológicas y sociales que merman la calidad de vida de las personas que padecen FM. El dolor y el cansancio se identifican como las dificultades fundamentales, aunque los pacientes demandan mayor comprensión, empatía y reconocimiento a nivel social, además de más información sobre cómo convivir con la enfermedad para mantener el control en su vida cotidiana. (32)

Antes de analizar si el género es una variable influyente en el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, es esencial identificar las características de hombres y mujeres que conviven con estos síndromes. Existen resultados controvertidos acerca de las potenciales diferencias entre hombres y mujeres con FM; la mayoría de ellos no muestran diferencias significativas en los niveles de alteración en el sueño, ansiedad, depresión, fisiopatología, estrés percibido o severidad de la enfermedad. Sin embargo, Lange reporta que las mujeres con FM presentan niveles más elevados de depresión que

los hombres tras el estudio de una muestra alemana; a su vez, otros autores afirman que los hombres refieren más síntomas depresivos con mayor repercusión en su vida diaria. Las diferencias culturales explican algunas de estas discrepancias. (29)

El perfil y las características de hombres y mujeres que padecen FM, así como la propia percepción de los pacientes sobre la vivencia de la enfermedad, parece estar influida por los roles de género. (29,33)

La tesis doctoral redactada por Briones-Vozmediano, que plantea entre sus objetivos explorar las diferentes repercusiones sociales para hombres y mujeres que sufren FM, indica cómo el contexto sociocultural y las diferentes condiciones de vida de hombres y mujeres afectan en el desarrollo de la enfermedad. En el caso de las mujeres, la responsabilidad del cuidado de la familia y la realización de las tareas domésticas recae casi de forma exclusiva en ellas. Este hecho, parece empeorar los síntomas de este grupo. Sin embargo, no realizar las tareas anteriormente descritas, desencadena en ellas sentimientos de culpabilidad al sentirse una carga para la familia. En el caso de los hombres, no poder cumplir con la expectativa de género de ser el sostén de la familia, tiene repercusiones negativas en la esfera emocional. Supone una preocupación para ellos no poder apoyar económicamente a la familia. La carga de los roles asumidos por hombres y mujeres pueden agravar el sufrimiento y los síntomas relacionados con la FM. (33)

A partir de un estudio cualitativo, Muraleetharan y colaboradores, describieron la experiencia de los hombres que padecen FM a partir de encuestas administradas a 1163 personas, entre las que se incluían 925 varones. Aproximadamente, la mitad de los participantes, creían que la vivencia de la enfermedad entre hombres y mujeres era diferente como consecuencia de las expectativas de la sociedad hacia los hombres. Un 15,3% de los componentes de la muestra consideraba que el hombre debía ser fuerte y la figura protectora de la familia; *“Se espera que los hombres sean fuertes y aguanten y, tal y como he aprendido, esto solo empeora las cosas”*. Estas ideas ligadas al género influyen también a la hora de buscar ayuda. Los hombres eran más tendentes a visitar las consultas de atención primaria, aunque tenían más probabilidades de esperar entre uno y seis meses antes de tomar la decisión de acudir a los servicios sanitarios. Identificaban entre los motivos, el estigma que supone para ellos el hecho de padecer una *“enfermedad de mujeres”*, asociándose con un perfil masculino más débil. (29)



De la misma forma, mediante un estudio realizado por Buskila en la población israelí; quedó demostrado que los hombres con FM presentaban mayores dificultades en el afrontamiento de la enfermedad, como consecuencia de la rigidez de los roles asociados al género, respaldados por las sociedades más tradicionales. (30)

La percepción de los hombres con FM es diferente a la de las mujeres y, en última instancia, más negativa; el impacto de los síntomas parece ser más significativo en este grupo como consecuencia del estigma ya mencionado. (29,30) (34)

La mayoría de los participantes del estudio de Muraleetharan describen la depresión, el dolor generalizado, la fatiga y las alteraciones en el sueño, como los principales síntomas que afectan de forma negativa a la calidad de vida de los hombres con FM. Hacen referencia también a la dificultad para concentrarse, lo que denominan como “*niebla mental*”. Además, mencionan el impacto de estos síntomas en la aparición o empeoramiento de algunos trastornos de salud mental como la depresión o la ansiedad. Por otro lado, más de la mitad de los participantes refieren sentir incompreensión por parte de su entorno más cercano, que a menudo no entienden la condición ni sus efectos. Esto tiene una repercusión negativa en la relación entre los hombres que conviven con FM con sus familiares y amigos. Igualmente, refieren consecuencias en su carrera profesional, llegando a perder el empleo un 20% de ellos. (29)

Segura-Jiménez, se propone estudiar las diferencias de género en la sensibilidad, el impacto de la enfermedad, calidad de vida relacionada con la salud, fatiga, calidad del sueño, salud mental, rendimiento cognitivo, dolor, cognición y salud positiva en pacientes con FM. Esto lo hace a través de un estudio de cohortes en el que incluyó a 388 personas con FM y 285 que no padecían la enfermedad. (34)

Entre los pacientes con FM, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en relación con la sensibilidad ( $P > 0.05$ ). Sin embargo, en el grupo control el número de “*puntos gatillo*” era más elevado en las mujeres, además de presentar un umbral de dolor más bajo en comparación con los hombres. Este hecho sugiere que, aunque no existan diferencias de género en relación con el dolor entre los pacientes con FM, la enfermedad sí que tiene mayor impacto en los hombres respecto a la tolerancia al dolor. Con respecto a la calidad del sueño, las mujeres que padecían FM mostraron una significativa menor latencia del sueño que los hombres, este resultado está de acuerdo con estudios que refieren más quejas por parte de los hombres en referencia al sueño. Entre los casos, no se apreciaron diferencias en lo que

respecta a la salud mental, pensamientos relacionados con el dolor o el rendimiento cognitivo. Sin embargo, las mujeres que no sufrían la enfermedad parecían tener mayor tendencia a la ansiedad o la depresión. De esta forma, aunque los niveles de depresión y ansiedad encontrados en el grupo de pacientes con FM son comparables entre hombres y mujeres, los valores más bajos hallados en los hombres del grupo control; invita a pensar que el padecimiento de la enfermedad afecta de forma más negativa a los hombres que a las mujeres. Estos parecen asumir peor las limitaciones y discapacidades consecuencia de la FM. En ambos grupos, no se observan diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la salud positiva, entendida como un estado de bienestar psicosocial en el que no solo se tiene en cuenta la ausencia de enfermedad. (34)

Miró, no encuentra diferencias de género en lo que se refiere a intensidad y catastrofización del dolor, calidad del sueño, ansiedad, depresión o funcionamiento diario. No obstante, se ha demostrado que en otras patologías de carácter crónico las mujeres tienden a experimentar mayor estrés emocional que los hombres. Esto parece indicar que los hombres con FM sufren mayor estrés afectivo que los hombres con otros trastornos que cursan con dolor. (30)

Estos resultados son acordes con una de las dos hipótesis propuestas por Racine y colaboradores en un análisis transversal de una cohorte de 795 pacientes. Todos ellos cumplían los criterios de 1990, o bien, los propuestos en 2010 para el diagnóstico de FM. El estudio tenía por objetivo analizar si hombres y mujeres muestran diferencias en términos de dolor y limitaciones de la vida diaria, creencias sobre el dolor y estrategias de afrontamiento. Finalmente, pudo confirmarse la hipótesis planteada al inicio del estudio al no encontrar diferencias de género relevantes en las medidas de dolor e implicaciones en la vida diaria. Sin embargo, pareció observarse una tendencia en la que los hombres informaban mayor severidad de dolor que las mujeres. La segunda de las hipótesis descritas por los autores pudo ser confirmada a la vista de los resultados obtenidos por el estudio; se apreciaron diferencias entre hombres y mujeres en la forma en la que apreciaban y manejaban el dolor relacionado con la FM. En cuanto a las creencias relacionadas con el dolor, los hombres parecían relacionar el dolor con el daño tisular, mientras que las mujeres identificaban que también las emociones ejercían un importante impacto en la sensación dolorosa. Se observó que los hombres tenían más probabilidades de referir sentirse incapacitados como consecuencia del dolor. Por otro

lado, las mujeres demandaban más consideración en relación con su dolor, especialmente por parte de los miembros de la familia. (35)

Esta necesidad en relación con las mujeres que padecen FM es también identificada en el estudio cualitativo desarrollado por Daza y Lancharro, en el que entrevistan a cuatro mujeres que conviven con la enfermedad. Todas ellas relataban sentimientos de incomprensión por parte de su entorno, quienes tienden a infravalorar el nivel de dolor que sufren las pacientes. Además, la mitad de las informantes refirieron reproches por su escaso compromiso con las tareas domésticas. (36)

La sintomatología que define la enfermedad incluye alteraciones cognitivas que contribuyen a la discapacidad atribuida a este síndrome. Estudios recientes, diseñados para analizar el estado de alerta, orientación y las funciones ejecutivas en pacientes con FM han revelado alteraciones en comparación con los controles sanos. Los mecanismos mencionados aseguran en su conjunto el mantenimiento de un nivel adecuado de activación del sistema cognitivo. El estado de alerta se refiere a la activación del sistema durante un periodo de tiempo determinado, la orientación se relaciona con la percepción de estímulos y el componente ejecutivo está activo en situaciones que involucran planificación o toma de decisiones. De esta forma, Miró plantea estudiar si los pacientes con FM presentan diferentes alteraciones cognitivas en función del sexo. Con este objetivo, desarrolla un estudio de cohortes con cuatro grupos, dos de ellos compuestos por pacientes con FM derivados al Colegio de Psicología Clínica de Granada desde el Servicio de Reumatología Clínica y una asociación local de FM; y los dos últimos por controles sanos reclutados de entornos no sanitarios. (30)

Se observó un tiempo de reacción mayor en los pacientes con FM en comparación con los controles sanos, sin hallarse diferencias entre hombres y mujeres a pesar de que los participantes masculinos del grupo control presentaban un tiempo de reacción menor que las mujeres. Este hallazgo sugiere que la FM reduce la alerta y aumenta el tiempo de reacción en ambos sexos de forma equiparable. Entre los pacientes con FM, ambos géneros presentaban una disfunción del componente ejecutivo con dificultad para discriminar la información. Este hecho parece ser la clave para entender los problemas de memoria relacionados con este trastorno. En cuanto a la orientación, no se encontraron diferencias entre los grupos de casos y controles. En las mujeres con FM, los estados de ansiedad y depresión se relacionan con un tiempo medio de reacción más lento, además de alteraciones en la vigilancia. Sin embargo, en el caso de los hombres la ansiedad se

relaciona exclusivamente con el estado de alerta y la depresión con el tiempo de respuesta, con el mismo efecto que se produce en las mujeres. Similarmente, el insomnio se asocia con tiempos de reacción más elevados en la mujer, aunque en el hombre se asocia con mayores dificultades en el control ejecutivo. Estas alteraciones en la atención parecen afectar en mayor medida a las mujeres que a los hombres que conviven con FM, si bien futuras investigaciones son necesarias para aclarar el porqué. (30)

Finalmente, es un hecho que la mayoría de los pacientes que padecen FM presentan diagnósticos comórbidos. La principal aportación del estudio de cohortes planteado por Arout y colaboradores es el análisis de las diferencias de género en los patrones de multimorbilidad. Este trabajo cuenta con una amplia muestra de pacientes con FM, así como otro grupo de personas afectadas por diferentes trastornos de carácter crónico, predominando el género masculino en el primero de los grupos. Todos los participantes de la muestra fueron reclutados desde el “*Veterans Health Administration*” de Estados Unidos. Las mujeres diagnosticadas con FM eran aproximadamente nueve años menores que los hombres de su mismo grupo. En general, las mujeres de este grupo tenían una probabilidad más alta de padecer diferentes trastornos psiquiátricos en conjunto con la FM, con carencia de otros diagnósticos que pudieran aclarar las quejas frecuentes de dolor. En concreto, tenían el doble de probabilidades de ser diagnosticadas con ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar o trastornos de la personalidad. Por otro lado, los hombres eran más propensos a sufrir dependencia alcohólica. Del mismo modo, estos fueron sustancialmente más proclives a ser diagnosticados con trastornos de carácter médico como infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, accidentes cerebrovasculares o complicaciones de la diabetes mellitus como el dolor. Sin embargo, las mujeres fueron diagnosticadas con mayor frecuencia de trastornos en el tejido conectivo o dolor de cabeza. Podría suponerse que estas diferencias en los patrones de comorbilidad sean la consecuencia de la diferencia de edad entre hombres y mujeres de la muestra; aunque esto es en parte cierto, estas diferencias se mantienen después del ajuste por edad en el análisis de los resultados. (37)

Tal y como se ha mencionado a lo largo de la introducción, se puede sospechar diagnóstico de SFC cuando el paciente presenta un cuadro de fatiga sin causa aparente que se alarga en el tiempo; además, se acompaña con deterioro de la memoria o la concentración, dolor muscular o articular sin inflamación, cefalea o fatiga postesfuerzo.

Todos estos síntomas tienen como consecuencia una alteración funcional grave, además de suponer una importante carga personal. (28)(38)

La escasa literatura existente acerca de la epidemiología en el varón con SFC, hace que actualmente no se disponga de un fenotipo clínico diferenciador entre hombres y mujeres. Esto motiva a Faro y colaboradores a llevar a cabo un estudio de cohortes que propone como objetivo principal, evaluar las características clínicas de los hombres que conviven con este síndrome; además, se realizó un estudio comparativo frente a las mujeres para valorar si existen diferencias de género en los pacientes con SFC. Se estudiaron a 1309 pacientes diagnosticados con SFC en la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Un porcentaje elevado de pacientes referían antecedentes familiares, así como personales, de fatiga, dolor crónico o enfermedades de carácter inmunológico; aunque el dolor crónico era menos frecuente en los hombres. Las mujeres reportan con mayor frecuencia historia de trastornos de angustia; sin embargo, en las mediciones realizadas en este estudio a través de la escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) para cuantificar los síntomas relacionados con ansiedad y depresión, no se encontraron diferencias entre ambos sexos. A pesar del desconocimiento sobre la etiología de la enfermedad, entre los hombres se señalaba la presencia de un proceso infeccioso como desencadenante de la sintomatología, mientras que en las mujeres se identificaba con mayor facilidad la existencia de un evento estresante. (28)

En cuanto a los síntomas que definen la enfermedad, la aparición de la fatiga se producía a una edad más temprana en los hombres; aunque, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la “*Fatigue Impact Scale*” (FIS) elegida para evaluar este síntoma. De esta forma, la mayoría de los participantes de ambos grupos referían un inicio gradual con un empeoramiento progresivo desde su comienzo. El dolor de cabeza recurrente se trata de una queja frecuente de ambos sexos, a quienes afecta de forma similar. Un 99% de los pacientes refieren sueño no reparador con porcentajes similares en los dos grupos. Sin embargo, tanto las pesadillas como el insomnio son menos frecuentes en los hombres que en las mujeres. Para el estudio de los síntomas, estos se dividieron en cinco grupos: cognitivos, neurológicos, neurovegetativos, musculares e inmunológicos. En los dos primeros no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos sexos. Los mareos y la disfunción sexual, categorizados dentro de los síntomas neurovegetativos, fueron observados en menor proporción en los hombres. Fue en los dos últimos grupos donde se encontraron

las diferencias más significativas dándose con menor frecuencia en el género masculino. Con respecto a los síntomas de carácter inmunológico estudiados, se encontraron diferencias de género en el fenómeno de Raynaud, el entumecimiento matutino generalizado, las artralgias, el edema facial o la alergia a fármacos o metales. Por otro lado, el dolor generalizado, los calambres musculares o las dificultades en la motricidad fina fueron los síntomas musculares en los que se apreciaron dichas diferencias. Referente al dolor, este fue medido a través del cuestionario McGill que evalúa tanto la intensidad como las variables cualitativas del dolor. De esta forma, se detectó una menor influencia de las dimensiones emocionales y afectivas del dolor en el hombre, aunque sin hallarse diferencias en la intensidad de este. En referencia a la variable de calidad de vida, quedó demostrado que los hombres presentaban mejor calidad de vida al presentar puntuaciones más elevadas que las mujeres en lo que respecta a la función física, el rol asociado y la salud física global. Al igual que en el caso de la FM, es frecuente la comorbilidad en los pacientes con SFC. Parece existir menor prevalencia de comorbilidad en los hombres que padecen este trastorno, ya que de todas las patologías estudiadas solo la hipertrigliceridemia es más frecuente en este grupo. En el caso de las mujeres la FM, las alteraciones de la glándula tiroides o los trastornos musculoesqueléticos son los diagnósticos comórbidos más frecuentes. (28)

Estos resultados coinciden con algunos de los aspectos señalados por Collin y colaboradores. Estos proponen como objetivo de su estudio describir los fenotipos de los pacientes con SFC en función de los síntomas; además, investiga cómo se relacionan estos fenotipos con la edad, el sexo, la duración de la enfermedad, las comorbilidades y la calidad de vida. Entre los perfiles descritos se identifica el fenotipo polisintomático, este incluye a aquellos pacientes que entre sus síntomas presentan sueño no reparador, dolor muscular o articular, migrañas, ganglios linfáticos dolorosos, dolor de garganta, alteraciones cognitivas, malestar postesfuerzo, malestar general, mareos, náuseas y palpitaciones. Resulta significativo descubrir que el perfil detallado es más frecuente en las mujeres. Además, los pacientes con SFC que presentan un fenotipo polisintomático presentaron mayor severidad de la enfermedad, así como mayor comorbilidad. (38)

En el caso de la SQM también es aún desconocida la influencia del género en la respuesta de estos pacientes ante la exposición a las diversas sustancias químicas. La elevada prevalencia femenina en este trastorno justifica que los estudios que abordan este síndrome incluyan de forma mayoritaria a mujeres en su muestra. Sin embargo, estos

tienden a generalizar haciendo referencia a la experiencia de personas con SQM, incluso aquellos que únicamente tienen en consideración las experiencias de mujeres. Del mismo modo, aunque estos incluyan hombres entre los participantes es habitual que no aporten información sobre los resultados específicos de este género. (31)

En el estudio desarrollado por Lago y colaboradores se describen las características epidemiológicas, clínicas y psicológicas de una muestra de 73 pacientes en la que se incluían 7 hombres. Un número elevado de pacientes referían que los síntomas les impedían mantener sus hábitos de vida. En su mayoría, refieren antecedentes personales de trastorno depresivo o ansiedad. Esta última se mantiene en niveles elevados durante el desarrollo de la enfermedad, en relación con el miedo condicionado a las sustancias químicas. Esta situación genera en los pacientes un estado de alerta que desencadena de forma habitual en conductas de aislamiento del entorno. (7)

Con respecto al sufrimiento de las personas que conviven con SQM, García-Sierra propone como objetivo de su estudio evaluar la repercusión de la enfermedad en las esferas física, emocional y existencial del sufrimiento. Para ello, pone en práctica un estudio descriptivo en el que las mujeres representan un 91,2% de la muestra. En los resultados se describe una relación directamente proporcional entre la severidad de la enfermedad, el impacto en el estilo de vida y el sufrimiento. La severidad de los síntomas es la variable que produce más sufrimiento. Sin embargo, además de los síntomas físicos los pacientes identifican sentimientos de ansiedad, preocupación, tristeza o incomprensión que repercuten de forma significativa en el sufrimiento emocional. (39)

Las emociones que despierta la enfermedad en quienes conviven con ella, parecen estar influidos por los roles de género, de la misma forma que ocurría en la FM. El rol de cuidadora asumido por la mujer lleva implícito una mayor exposición a determinados productos químicos, como los productos destinados a la limpieza del hogar. Por otro lado, es frecuente entre las mujeres el uso de productos cosméticos y de cuidado personal. El hecho de sentirse incapaces de cumplir las expectativas asociadas al rol de género desencadenó en algunas mujeres sentimientos de vergüenza, culpa o enfado. Asimismo, en el caso de los hombres que padecen SQM se consideran conductas “*no masculinas*” el hecho de asumir la vulnerabilidad a factores externos. Estos roles de géneros están asociados de forma natural con la identidad de género. Con el objetivo de evitar la sintomatología, en la mayoría de los casos debe adoptarse como medida de autocuidado evitar la exposición a dichas sustancias químicas. Esto supone sustituir la ropa, productos

de cuidado personal o artículos del hogar asociados con la construcción social de la feminidad o la masculinidad, por otros que resultan menos atractivos. Esto conlleva en muchas ocasiones incompreensión por parte del entorno. En esta línea, Gibson y colaboradores informan de comportamientos de riesgo en algunas mujeres que mantienen hábitos perjudiciales para su salud, con el objetivo de mantener el sentido de la feminidad. De esta forma, se observa que en ambos grupos está presente el estigma y la trivialización de la enfermedad, aunque se muestre con enfoques diferentes en hombres y mujeres. (31)

**b) Procedimiento diagnóstico en fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple en hombres y mujeres.**

La fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple coinciden entre sí en la inexistencia de un patrón “*gold standard*” que oriente su diagnóstico. Esto lleva consigo una variabilidad de criterios en la práctica clínica que dificulta el proceso diagnóstico. (28)(31)(37)

En el caso de la FM, la literatura describe la influencia del hecho anteriormente mencionado en las variaciones de las cifras de prevalencia de enfermedad, así como, en las ratios por sexo. Además de esto, existen varias hipótesis que explican las diferencias entre los datos obtenidos a través de estudios de carácter clínico y, los que tienen un enfoque epidemiológico. (40)

En relación con esto, en el estudio desarrollado por Wolfe y colaboradores con el objetivo de definir el papel del entorno, la gravedad de los síntomas y el sexo en el diagnóstico de este síndrome; diferencia dos perspectivas de la misma enfermedad. La primera de ellas es la denominada FM basada en criterios. Esta incluye a aquellas personas que son diagnosticadas con FM en función de los criterios publicados. Este término se usa frecuentemente en los estudios epidemiológicos. Por otro lado, define la FM clínica haciendo referencia a los pacientes que han recibido un diagnóstico clínico. A pesar de tratarse del diagnóstico de la misma enfermedad, la mayoría de los pacientes que reciben un diagnóstico clínico no cumplen de manera estricta los criterios validados para el diagnóstico de la FM. (41)

Los criterios para el diagnóstico de la FM fueron establecidos originalmente en 1990 por el ACR; sin embargo, estos han sido modificados en años posteriores. Todos ellos presentan diferentes perspectivas y a menudo no identifican al mismo perfil de pacientes. La utilización de los criterios establecidos originalmente en 1990 por el ACR



presenta un sesgo hacia el diagnóstico en la mujer, al incluir el examen de los puntos de dolor a la palpación como condición para que se produzca el diagnóstico. Este hecho, se comprueba al observar una diferencia entre géneros más discreta cuando se utilizan los criterios modificados en los que se elimina el recuento de estos puntos dolorosos. De cualquier forma, se mantiene la prevalencia mayoritaria femenina aún cuando se emplean los criterios de años posteriores. En estos últimos, el diagnóstico se basa principalmente en la puntuación obtenida tanto en el índice de dolor generalizado (WPI) como en la escala de severidad de los síntomas (SS-Score), los cuales reflejan puntuaciones más elevadas en las mujeres. (37)(41)

Además, en el proceso diagnóstico Wolfe identifica dos sesgos principales. Por un lado, se refiere al sesgo de selección por el que, de alguna forma, los pacientes incluidos en los estudios presentan alguna característica que los hace más tendentes a recibir el diagnóstico de FM. Sin embargo, hace hincapié en el sesgo de confirmación; este implica la búsqueda o interpretación de la evidencia en función de las creencias, expectativas o las hipótesis que se manejan dentro del estudio. Queda recogida en la evidencia la tendencia por parte de los facultativos a orientar el diagnóstico de FM hacia las mujeres, con mayor frecuencia que a los hombres. De esta forma, un clínico que presupone que la paciente tiene FM podría ejercer mayor presión sobre los puntos dolorosos de una manera inconsciente, interpretando así una respuesta positiva ante este examen. De la misma forma, en relación con los criterios modificados en 2010/2011, a pesar de que cobra importancia el discurso del paciente, pueden apreciarse sesgos en los juicios que el personal sanitario hace a partir de los reportes por parte de estos. (41)

La FM de carácter clínico está influenciada por la construcción social de la enfermedad. La creencia generalizada de que la FM se trata de una “*enfermedad de mujeres*” supone también un sesgo en el diagnóstico de la enfermedad. Esta creencia puede apreciarse tanto en los clínicos como en los testimonios de los pacientes con FM. Así, los facultativos tienden a sospechar, evaluar y diagnosticar la enfermedad en las mujeres con mayor frecuencia que en los hombres. Es un hecho que los hombres son derivados con menor frecuencia para evaluación de la sintomatología relacionada con la enfermedad. Esto supone cierta desatención hacia este grupo al no atender a sus quejas ante la presencia de dolor generalizado u otros síntomas característicos de este síndrome. Asimismo, el estigma que supone para el hombre ser diagnosticado de una condición esencialmente femenina, puede determinar el afrontamiento del diagnóstico por este

grupo. Además, esto puede favorecer el retraso diagnóstico en el hombre, quienes acuden con menos frecuencia al sistema sanitario ante la presencia de síntomas que consideran de carácter somático o psicológico. (29)(41)

Muraleetharan, en el estudio ya mencionado en el anterior apartado, recoge la percepción de los hombres acerca de su proceso diagnóstico. Algunos de los participantes perciben que los hombres, al contrario que las mujeres, evitan hablar sobre la sintomatología que experimentan. Esto supone un retraso en el diagnóstico o la imposibilidad de alcanzar un diagnóstico apropiado. Igualmente, creían que había diferencias entre hombres y mujeres en la forma en la que médico llevaba a cabo el diagnóstico, identificando como una posible causa la forma en la que ambos grupos manejan los síntomas. (29)

Resultó curioso descubrir a través de la tesis doctoral realizada por Briones-Vozmediano que, a pesar de que el diagnóstico es más habitual en las mujeres son los hombres quienes reciben con mayor frecuencia los permisos de baja por enfermedad. Esto supone un mayor reconocimiento de la severidad de sus síntomas a este grupo. (33)

Finalmente, los sesgos descritos parecen sobreestimar el diagnóstico en la mujer y, consecuentemente quedar infradiagnosticado en el hombre. Este hecho influye de forma negativa en la sintomatología, la prevalencia, los costes, la comorbilidad o los resultados clínicos relacionados con la FM. (41)

En referencia al SFC, la única aportación encontrada en la revisión de la literatura acerca del proceso diagnóstico en hombres y mujeres que presentan sintomatología asociada con la enfermedad, la encontramos en el trabajo desarrollado por Faro. En su estudio incluyen a 1309 pacientes diagnosticados con SFC a través de los criterios establecidos por Fukuda en el año 1994. De esta forma, objetivan en sus resultados que los hombres fueron diagnosticados a una edad más temprana que las mujeres. (28)

Algo similar ocurre en el caso de la SQM. Esta se trata de un fenómeno en expansión en el que incluso el diagnóstico es aún cuestionado por algunas organizaciones sanitarias. Los criterios diagnósticos que definen la enfermedad y que aún permanecen vigentes son los establecidos por el Consenso Internacional de 1999. Aunque estos son útiles para guiar la sospecha clínica parecen ser demasiado generales para la definición de casos concretos. Aunque la literatura científica es escasa respecto al diagnóstico en el

varón, sí se reconoce la variable de género como un factor determinante para el acceso a un diagnóstico apropiado, así como en el reconocimiento de la enfermedad. (31)

**c) Diferencias en el manejo de los cuidados de enfermería en la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple entre hombres y mujeres.**

El abordaje actual de la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o la sensibilidad química múltiple, consiste fundamentalmente en el alivio de la sintomatología asociada. El fin último es mejorar la calidad de vida de quienes conviven con estos trastornos, ya que es una de las dimensiones que sufre mayor afectación. Así, el abordaje multidisciplinar ha demostrado ser eficaz en el manejo de estos síndromes. Hasta ahora, los profesionales de enfermería no han sido incluidos en el equipo de cuidado, aunque podrían desempeñar un papel fundamental. (7) (42,43)

El sufrimiento de una enfermedad crónica supone un elemento disruptivo en la vida de quienes lo sufren. Además, en el caso de la FM, el SFC o la SQM el sentimiento de incompreensión, así como la falta de reconocimiento de estos trastornos dificultan la adaptación de las personas que los padecen. Se hace evidente la necesidad de una figura que sea capaz de establecer una relación empática que oriente en este proceso. No obstante, la evidencia acerca de la importancia del profesional de enfermería en el cuidado de estos pacientes es significativamente reducida. (31) (42,43)

A menudo, el cuidado que reciben las personas con FM es considerado deficiente. Las mujeres entrevistadas en el estudio cualitativo realizado por Daza; consideraban deficiente el trato recibido en la búsqueda de atención en cuanto a comprensión y apoyo. Asimismo, en el estudio desarrollado por Muraleetharan, queda reflejada la dificultad que encuentran los hombres con FM en la comunicación de sus preocupaciones al profesional sanitario. (29)(36)(42)

En este contexto, Montesó-Curto y colaboradores proponen desarrollar un programa de solución de problemas en grupo mediante terapia cognitivo-conductual. Este enfoque incluye técnicas que permiten resolver problemas identificados previamente por el propio paciente, aumentar la asertividad, así como transformar los pensamientos negativos asociados a la enfermedad. A lo largo de las veinticuatro sesiones dirigidas por dos profesionales de enfermería, los pacientes identificaron las principales dificultades que encontraban en su vida diaria, y en grupo se propusieron diferentes estrategias de

afrontamiento. No obstante, no todas las soluciones aportadas eran válidas para todos los participantes, haciéndose evidente la necesidad de individualizar los cuidados. Asimismo, la terapia permitió aumentar la comprensión de la enfermedad tanto a los propios pacientes como al profesional de enfermería presente en las sesiones. De esta forma, la intervención no solo es útil por sus implicaciones en el autocuidado de los pacientes, pieza clave en el manejo de la enfermedad; sino que podría ser una estrategia útil para el profesional de enfermería en el establecimiento de la relación terapéutica. (42)

Modificar pensamientos que sostienen o aumentan el sufrimiento es imprescindible en el abordaje de la enfermedad. Así, se reconoce la importancia de introducir la perspectiva de género en el análisis de la experiencia de enfermedad. Los roles de género determinan nuestros pensamientos, diferentes entre hombres y mujeres, pues ambos son concebidos culturalmente diferentes. En relación con este aspecto, Briones-Vozmediano lleva a cabo un estudio cualitativo con el objetivo de analizar cómo el género moldea la experiencia de las mujeres con FM. De esta forma, señala la importancia del profesional de enfermería en la tarea de facilitar un ambiente de apoyo a la mujer atendiendo a los estereotipos de género. El personal de enfermería debe trabajar con las mujeres la idea de compartir las tareas del hogar, con el objetivo de facilitar un mayor tiempo de descanso. Además, debe legitimar los sentimientos de frustración en relación con su experiencia de enfermedad que pudiera referir la mujer. Es importante hacer partícipe de este proceso al entorno de la paciente. Así, si la mujer lo desea, el profesional de enfermería podría participar en la educación a los familiares con el objetivo de que estos comprendan las necesidades específicas de las pacientes. (42)(44)

El hecho de que la experiencia de enfermedad se vea condicionada por los diferentes sentimientos o pensamientos que se aprecian en quienes conviven con FM, sugiere una explicación para la evidencia de que un mismo tratamiento no obtenga los mismos resultados en todos los que padecen este trastorno. (42)

Lami y colaboradores llevaron a cabo un estudio, con el objetivo principal de evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el abordaje del insomnio en hombres y mujeres con FM. Así, se compararon las variables relacionadas con el sueño, además de las principales características entre ambos grupos. Para esto, se seleccionó una muestra de 28 participantes a los que se les proporcionó cuestionarios autoadministrados antes de la intervención, así como después de su realización. En el análisis de la muestra se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al consumo de

antiinflamatorios, siendo este más elevado en el caso de las mujeres. En relación con las variables asociadas a la calidad del sueño no se encontraron diferencias relevantes entre ambos grupos antes de la terapia. En el caso de los hombres, tras el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual se observó una mejor percepción de la calidad del sueño, así como beneficios en la latencia, duración total y eficiencia de este. Por su lado, en las mujeres se observaron diferencias estadísticamente significativas en dichas variables que seguían el mismo patrón que en el hombre. Sin embargo, en este grupo pudo observarse también una reducción significativa en el consumo de medicación para facilitar el sueño. En lo que respecta a los efectos del tratamiento sobre la intensidad del dolor, la fatiga, el funcionamiento, el estrés emocional o la ansiedad relacionada con el dolor; no se encontraron diferencias entre ambos géneros en las mediciones realizadas antes de la intervención. En los pacientes masculinos, la intervención resultó ser eficaz en la disminución de la ansiedad relacionada con el dolor o el impacto de la enfermedad. Estas mejoras en las variables relacionadas con el dolor pueden estar relacionadas también con los beneficios que supone para este grupo sentir apoyo de sus iguales, aliviando la carga asociada a padecer una *enfermedad de mujeres*. En el caso de las pacientes femeninas, la mejora se evidenció en la disminución de la sensación de fatiga o el alivio de los síntomas depresivos. (45)

Por último, destacar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual como alternativa no farmacológica para el manejo de los pacientes con FM. Asimismo, se trata de una intervención relativamente sencilla de aprender, así como de aplicar en los diferentes niveles de atención. Además, puede ser desempeñada por el profesional de enfermería con resultados satisfactorios. (42)

Se ha mencionado anteriormente la importante afectación en la calidad de vida que supone el diagnóstico de SFC para quienes lo reciben. Las necesidades de estos pacientes son a menudo pasadas por alto ante la falta de conciencia por parte de los profesionales sanitarios, así como por la falta de intervenciones basadas en la evidencia. Recibir más educación e información acerca de su proceso de enfermedad es una necesidad compartida por quienes conviven con este trastorno. Así, Ryckeghem y colaboradores desarrollaron un estudio cualitativo para explorar el rol de la enfermera de práctica avanzada en el proceso diagnóstico de los pacientes con SFC. De esta forma, los resultados demostraron como una enfermera con conocimientos específicos acerca de la enfermedad implica importantes beneficios en el cuidado del paciente. Las principales

quejas referidas por estos pacientes podrían ser solventadas mediante un abordaje multidisciplinar guiado por la figura de la enfermera de práctica avanzada, quien es capaz de proporcionar un cuidado holístico adaptado a las necesidades específicas de cada uno. (43)

La SQM no dispone de ningún tratamiento específico en la actualidad, las únicas recomendaciones con evidencia más sólida son las relativas a la evitación de exposiciones futuras a las sustancias que desencadenan la sintomatología. Aunque no se reconoce en la literatura la necesidad de un abordaje en función del género, sí se recomienda adaptarlo al perfil clínico los afectados. Asimismo, no está plasmado en la literatura científica el papel de enfermería en el abordaje de esta enfermedad. (7)

Es compartido con los pacientes que sufren FM el sentimiento de incomprensión por parte de los profesionales sanitarios. Los roles de género también influyen en este aspecto, las mujeres con SQM sienten que se encuentran en una posición de vulnerabilidad con respecto al profesional sanitario, quien tiende a trivializar sus problemas de salud. (31)

## **CONCLUSIONES**

Las conclusiones alcanzadas tras el análisis de los resultados de la revisión narrativa son las siguientes:

- La FM, el SFC y la SQM son trastornos prevalentemente femeninos. Esta distribución desigual entre los dos sexos hace que se etiqueten como “*enfermedades de mujeres*”.
- A pesar de que no se encuentran diferencias significativas en la sintomatología asociada a estos trastornos entre hombres y mujeres; sí se evidencia una vivencia diferencial de la enfermedad entre ambos grupos, influenciada por los estereotipos de género.
- Se reconoce la variable de género como un factor determinante en el proceso diagnóstico de estos trastornos.
- En la literatura revisada se identifican diferentes sesgos en relación con el procedimiento diagnóstico de la FM que, sobreestiman el diagnóstico en la mujer, suponiendo además un infradiagnóstico en el varón.
- Si bien las funciones del profesional de enfermería en el manejo de estos pacientes no se encuentran claramente definidas en la literatura; la intervención de estos profesionales dirigida al acompañamiento de quienes conviven con estos trastornos, así como a prevenir la trivialización de estas enfermedades aliviando el estigma con el que aún conviven, resulta fundamental.
- No se aprecian diferencias de género en los cuidados de enfermería dirigidos a estos pacientes. Aún así, en base a la literatura revisada, está justificado el desarrollo de intervenciones psicosociales con enfoque de género que atiendan las necesidades específicas de hombres y mujeres.

## **LIMITACIONES**

Una de las principales limitaciones en la realización de este trabajo es la escasa literatura existente que aborda la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o la sensibilidad química múltiple desde la perspectiva de género. Se trata de una línea reciente de investigación el abordaje de las diferencias de género; así, ha resultado imposible en muchos de los casos comparar los resultados de los estudios incluidos en la revisión con otras investigaciones.

Otra de las limitaciones es la escasez de estudios que incluyan una muestra masculina representativa, lo que dificulta la generalización de los resultados obtenidos en los estudios.

## **FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

A la vista de los resultados obtenidos, se considera oportuno en futuras investigaciones abordar en profundidad cómo el género repercute en el desarrollo de estos trastornos de carácter crónico sufridos mayoritariamente por mujeres.

Asimismo, ante la escasa representatividad del perfil masculino en las investigaciones actuales, sería interesante aumentar la participación de los hombres en este tipo de trabajos; permitiendo obtener resultados con mayor fiabilidad en cuanto a la experiencia de enfermedad en este grupo.

Por último, considero que podría ser interesante desarrollar trabajos que exploren en profundidad las experiencias de los profesionales sanitarios en relación con el abordaje de estas patologías; incluyendo por supuesto al profesional de enfermería, por su posición privilegiada en el cuidado de pacientes con patologías de carácter crónico que limitan significativamente la calidad de vida de quienes conviven con ella.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Chaves Hidalgo D. Actualización en fibromialgia. Med. leg. Costa Rica. 2013;30(1):83-88.
2. Calderón Elizondo J. Síndrome de fatiga. Med. leg. Costa Rica. 2017;34(2):76-81.
3. Paredes Rizo ML. Sensibilidad Química Múltiple: análisis de un caso registrado en un Hospital de referencia. Med. segur. Trab. 2018;64(251):217-240.
4. Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ. «Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática». Reumatol Clin. 2016;12(2):65-71. doi: 10.1016/j.reuma.2015.06.001
5. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Fibromialgia. España: 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2vpK1Bt>
6. Arroyo-Araya, R., Morera-Hernández, H. Síndrome de Fatiga Crónica. Revista Científica Odontológica. 2012;8(2):29-33.
7. Lago Blanco E, Puiguriguer Ferrando J, Rodríguez Enríquez M, Agüero Gento L, Salvà Coll J, Pizà Portell MR. Sensibilidad química múltiple: evaluación clínica de la gravedad y perfil psicopatológico. Medicina Clínica 2016;146(3):108-111 <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.09.016>
8. Sociedad Española de Reumatología. Se ha presentado el Estudio EPISER 2016 en la sede del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019; Disponible en: <https://bit.ly/2AYjvCe>. Acceso Feb 9, 2019.
9. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos: Medicina Clínica 2017;149(149):441-448. doi: 10.1016/j.medcli.2017.06.008
10. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. JAMA. 2014 Apr 16;311(15):1547-1555. doi: 10.1001/jama.2014.3266.
11. Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.
12. Valderrama Rodríguez M, Revilla López MC, Blas Díez MP, Vázquez Fernández del Pozo S, Martín Sánchez JI. Actualización de la Evidencia Científica sobre

- Sensibilidad Química Múltiple (SQM). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2015. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. IACS.
13. Theoharides TC, Tsilioni I, Arbetman L, Panagiotidou S, Stewart JM, Gleason RM, et al. Fibromyalgia syndrome in need of effective treatments. *J Pharmacol Exp Ther* 2015 Nov; 355(2):255-263. doi: 10.1124/jpet.115.227298.
  14. Belenguer Prieto R, Carbonell Baeza A, García Campayo J, Luciano Devis JV, Martín Nogueras AM, Martínez Lavín M, et. al. Guía de debut en Fibromialgia. 1ª ed. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2D8zyxk>
  15. Milstein R, Amital D, Arnson Y, Amital H. Retraumatization eliciting the presentation of fibromyalgia. *Isr Med Assoc J*. 2013 Feb; 15(2):123-124.
  16. Sotzny F, Blanco J, Capelli E, Castro-Marrero J, Steiner S, Murovska M, et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome - Evidence for an autoimmune disease. *Autoimmun Rev*. 2018 Jun;17(6):601-609. doi: 10.1016/j.autrev.2018.01.009.
  17. Gimeno Pi I, Guitard Sein-Echaluce ML, Rosselló Aubach L, Torres Puig-Gros J, Fernández Solà J. Situaciones estresantes asociadas a la presentación del síndrome de fatiga crónica. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2016;90.
  18. Rubio Valladolid G, Mesa Suárez AJ, Solera Mena S. Síndrome de sensibilidad química múltiple: implicaciones para el dermatólogo y el psiquiatra. *Más dermatol*. 2018 May 1, (30):32-38. doi: 10.5538/1887-5181.2018.30.32
  19. Cubillo Badilla B. Síndrome de Fatiga Crónica. *Revista Médica de Costa Rica y Centro América* 2013;70(607):423-428.
  20. Institute of Medicine. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Redefining an illness. Report Guide for Clinicians. Washington, DC: The National Academies Press; 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2JZup0A>
  21. Bidari A, Ghavidel Parsa B, Ghalehbaghi B. Challenges in fibromyalgia diagnosis: from meaning of symptoms to fibromyalgia labeling. *Korean J Pain*. 2018 Jul;31(3):147-154. doi: 10.3344/kjp.2018.31.3.147
  22. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein M, Rezende MC, Provenza JR, et al. New guidelines for the diagnosis of fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol. Engl Ed* 2017;57 Suppl 2:467-476. doi: 10.1016/j.rbre.2017.07.002.

23. Kodner C. Common questions about the diagnosis and management of fibromyalgia. *Am Fam Physician*. 2015 Apr 01; 91(7):472-478.
24. Smith ME, Haney E, McDonagh M, Pappas M, Daeges M, Wasson N, et al. Treatment of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med*. 2015 Jun 16; 162(12):841–850. doi: 10.7326/M15-0114
25. Bazzichi L, Giacomelli C, Consensi A, Atzeni F, Batticciotto A, Di Franco M, et al. One year in review 2016: fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2016 Mar-Apr; 34(2 Suppl 96):145-149.
26. Lacasse A, Bourgault P, Choinière M. Fibromyalgia-related costs and loss of productivity: a substantial societal burden. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016 Apr 16; 17:168. doi: 10.1186/s12891-016-1027-6.
27. Miró E, Diener FN, Martínez MP, Sánchez AI, Valenza MC. La Fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*. 2012;24(1):10-15.
28. Faro M, Sàez-Francás N, Castro-Marrero J, Aliste L, Fernández de Sevilla T, Alegre J. Gender Differences in Chronic Fatigue Syndrome. *Reumatol Clin*. 2016 Mar;12(2):72-77. doi: 10.1016/j.reumae.2015.05.009
29. Muraleetharan D, Fadich A, Stephenson C, Garney W. Understanding the Impact of Fibromyalgia on Men: Findings From a Nationwide Survey. *American Journal of Men's Health*. 2018 Jul;12(4):952-960. doi: 10.1177/1557988317753242
30. Miró E, Martínez MP, Sánchez AI, Prados G, Lupiáñez, J. Men and women with fibromyalgia: Relation between attentional function and clinical symptoms. *Br J Health Psychol*. 2015; 20: 632-647. doi:10.1111/bjhp.12128
31. Nadeau G, Lippel K. From individual coping strategies to illness codification: the reflection of gender in social science research on Multiple Chemical Sensitivities (MCS). *Int J Equity Health*. 2014 Sep 10;13(1):78. doi: 10.1186/s12939-014-0078-2
32. Danet A, Prieto-Rodríguez MA, Valcárcel-Cabrera MC, March-Cerdà JC. Evaluación de una estrategia formativa entre iguales en fibromialgia. Un análisis de género. *Aquichan*. 2016; 16(3): 296-312. doi: 10.5294/aqui.2016.16.3.3

33. Briones-Vozmediano E. The social construction of fibromyalgia as a health problem from the perspective of policies, professionals, and patients. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1275191. doi:10.1080/16549716.2017.1275191
34. Segura-Jiménez V, Estévez-López F, Soriano-Maldonado A, Álvarez-Gallardo IC, Delgado-Fernández M, Ruiz JR, et al. Gender Differences in Symptoms, Health-Related Quality of Life, Sleep Quality, Mental Health, Cognitive Performance, Pain-Cognition, and Positive Health in Spanish Fibromyalgia Individuals: The Al-Ándalus Project. *Pain Res Manag*. 2016; 2016:5135176. <https://doi.org/10.1155/2016/5135176>.
35. Racine M, Castarlenas E, de la Vega R, Tomé-Pires C, Solé E, Miró J, et al. Sex Differences in Psychological Response to Pain in Patients With Fibromyalgia Syndrome. *Clin J Pain*. 2015 May;31(5):425-432. doi: 10.1097/AJP.000000000000132.
36. Daza González P, Lancharro Taverro I. Estudio de casos: Fibromialgia, un único diagnóstico y diferentes realidades. *Paraninfo Digital* 2018;12(28).
37. Arout CA, Sofuoglu M, Bastian LA, Rosenheck RA. Gender Differences in the Prevalence of Fibromyalgia and in Concomitant Medical and Psychiatric Disorders: A National Veterans Health Administration Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018 Aug;27(8):1035-1044. doi: 10.1089/jwh.2017.6622.
38. Collin SM, Heron J, Nikolaus S, Knoop H, Crawley E. Chronic fatigue syndrome (CFS/ME) symptom-based phenotypes and 1-year treatment outcomes in two clinical cohorts of adult patients in the UK and The Netherlands. *J Psychosom Res*. 2018 Jan; 104:29-34. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.11.007>
39. García-Sierra R, Álvarez-Moleiro M. Evaluation of suffering in individuals with multiple chemical sensitivity. *Clínica y Salud*. 2014;25(2):95-103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.006>
40. Häuser W, Fitzcharles MA. Facts and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):53-62.
41. Wolfe F, Walitt B, Perrot S, Rasker JJ, Hauser W. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. *PLoS One*. 2018 Sep 13;13(9). doi: 10.1371/journal.pone.0203755.
42. Montesó-Curto P, Garcia-Martinez M, Romaguera S, Mateu ML, Cubi-Guillen MT, Sarrio-Colas L, et al. Problems and solutions for patients with fibromyalgia:

- Building new helping relationships. *J Adv Nurs*. 2018 Feb;74(2):339-349. doi: 10.1111/jan.13412.
- 43.** Ryckeghem H, Delesie L, Tobback E, Lievens S, Vogelaers D, Mariman A. Exploring the potential role of the advanced nurse practitioner within a care path for patients with chronic fatigue syndrome. *J Adv Nurs*. 2017 Jul;73(7):1610-1619. doi: 10.1111/jan.13244
- 44.** Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Goicolea I. "I'm not the woman I was": Women's perceptions of the effects of fibromyalgia on private life. *Health Care Women Int*. 2016 Aug;37(8):836-854. doi: 10.1080/07399332.2016.1178265.
- 45.** Lami MJ, Martinez MP, Sanchez AI, Miró E, Diener FN, Prados G, et al. Gender Differences in Patients with Fibromyalgia Undergoing Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: Preliminary Data. *Pain Pract*. 2016 Feb;16(2):23. doi: 10.1111/papr.12411.

## ANEXOS

## ANEXO 1: Criterios diagnósticos de la fibromialgia. (ACR, 2010)

## American College of Rheumatology 2010 Diagnostic Criteria for Fibromyalgia

**The following three conditions must be met:**

1. Widespread pain index  $\geq 7$  and symptom severity score  $\geq 5$ , or widespread pain index = 3 to 6 and symptom severity score  $\geq 9$
2. Symptoms have been present at a similar level for at least three months
3. The patient does not have a disorder that would otherwise explain the pain

**Widespread pain index. Note the areas in which the patient has had pain over the past week. Score will be between 0 and 19.**

Shoulder girdle, left	Lower arm, left	Hip (buttock, trochanter), left	Lower leg, left	Chest
Shoulder girdle, right	Lower arm, right	Hip (buttock, trochanter), right	Lower leg, right	Abdomen
Upper arm, left	Upper back	Upper leg, left	Jaw, left	Neck
Upper arm, right	Lower back	Upper leg, right	Jaw, right	<b>Total:</b> _____

**Symptom severity score (part 1). Indicate the level of symptom severity over the past week using the following scale. Add the numbers to get a total score (0 to 9).**

Fatigue	Waking unrefreshed	Cognitive symptoms
0 = no problem	0 = no problem	0 = no problem
1 = slight or mild problems; generally mild or intermittent	1 = slight or mild problems; generally mild or intermittent	1 = slight or mild problems; generally mild or intermittent
2 = moderate; considerable problems; often present or at a moderate level	2 = moderate; considerable problems; often present or at a moderate level	2 = moderate; considerable problems; often present or at a moderate level
3 = severe; pervasive, continuous, life-disturbing problems	3 = severe; pervasive, continuous, life-disturbing problems	3 = severe; pervasive, continuous, life-disturbing problems
<b>Total:</b> _____		

**Symptom severity score (part 2). Indicate which of the following symptoms the patient experienced over the past week. Add the score for part 2 (0 to 3, see below) to the score for part 1 to determine the total symptom severity score.**

Bladder spasms	Easy bruising	Insomnia	Numbness or tingling	Seizures
Blurred vision	Fatigue	Irritable bowel syndrome	Oral ulcers	Shortness of breath
Chest pain	Fever	Itching	Pain in upper abdomen	Sun sensitivity
Constipation	Frequent urination	Loss of appetite	Pain or cramps in abdomen	Thinking or memory problem
Depression	Hair loss	Loss of or change in taste	Painful urination	Vomiting
Diarrhea	Headache	Muscle pain	Rash	Wheezing
Dizziness	Hearing problems	Muscle weakness	Raynaud phenomenon	
Dry eyes	Heartburn	Nausea	ringing in ears	
Dry mouth	Hives	Nervousness		<b>Total:</b> _____

**Number of symptoms      Score**

0	0
1 to 10	1
11 to 24	2
25 or more	3

**Total:** \_\_\_\_\_

*Fuente: Common questions about the diagnosis and management of fibromyalgia. (23)*

## **ANEXO 2: Criterios diagnósticos síndrome de fatiga crónica (Fukuda, 1994).**

<b>Presencia de los dos criterios siguientes</b>
1. Fatiga crónica persistente (6 meses como mínimo) o intermitente, no explicada, que se presenta de nuevo o con un inicio definido y no es el resultado de esfuerzos recientes; no mejora significativamente con el descanso; ocasiona una reducción considerable de los niveles previos de actividad cotidiana.
2. Exclusión de otras enfermedades potencialmente causantes de fatiga crónica. De forma concurrente, deben estar presentes cuatro o más signos o síntomas de los que se relacionan a continuación, todos con una duración de 6 meses o más, y posteriores a la presentación de la fatiga (más de cuatro signos o síntomas de los siguientes).  2.1 Trastornos de concentración o memoria. 2.2 Odinofagia. 2.3 Adenopatías axilares. 2.4 Mialgias. 2.5 Poliartralgias sin signos inflamatorios. 2.6 Cefalea de inicio recurrente o de características diferentes de lo habitual. 2.7 Sueño no reparador. 2.8 Malestar postesfuerzo de duración superior a 24 horas.

*Fuente: Síndrome de Fatiga (2)*